

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
факультет медико-фармацевтичних технологій
кафедра косметології і ароматології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: **«КОМПЛЕКСНА ПРОФІЛАКТИКА ПРОФЕСІЙНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ»**

Виконав: здобувач вищої освіти 2 курсу групи
Фм21(1,6з)К-01

спеціальності: 226 Фармація, промислова фармація
освітньої програми Косметологія

Ольга ШТИБІНА-ЄСЕПЧУК

Керівник: доцент закладу вищої освіти кафедри
косметології і ароматології, к.фарм.н., доцент Максим
АЛМАКАЄВ

Рецензент: професор закладу вищої освіти, завідувач
каф. закладу вищої освіти кафедри нормальної та
патологічної фізіології, д.мед.н., проф. Надія
КОНОНЕНКО

АНОТАЦІЯ

Розглянуто основні питання комплексної профілактики професійних захворювань шкіри в умовах косметологічних установ з використанням мануальних, інструментальних і апаратних процедур. На основі досліджень були розроблені, впроваджені та досліджені схеми комплексної профілактики професійних захворювань шкіри, зроблені висновки про високу результативність запропонованих схем.

Розроблено, обґрунтовано і апробовано індивідуальні комплексні схеми комплексної профілактики професійних захворювань шкіри в умовах косметологічних установ. Зроблені висновки про ефективність і високу результативність запропонованих схем.

Ключові слова: комплексна профілактика, професійні захворювання шкіри.

ANNOTATION

The main issues of complex prevention of professional skin diseases in the conditions of cosmetology institutions using manual, instrumental and hardware procedures are considered. On the basis of research, schemes for the comprehensive prevention of occupational skin diseases were developed, implemented and studied, and conclusions were drawn about the high effectiveness of the proposed schemes.

Individual comprehensive schemes for the comprehensive prevention of occupational skin diseases in the conditions of cosmetology institutions have been developed, substantiated and tested. Conclusions have been made about the efficiency and high effectiveness of the proposed schemes.

Key words: comprehensive prevention, occupational skin diseases.

ЗМІСТ

№ п/п	Назва	Сторінка
	АНОТАЦІЯ	
	ЗМІСТ	
	ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	
	ВСТУП	6
РОЗДІЛ	ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНИХ	8
1.	ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ. СУЧАСНІ МЕТОДИ	
	КОМПЛЕКСНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ	
1.1.	Поширеність та структура професійних захворювань	8
1.2.	Професійні захворювання шкіри у працівників	11
	будівельної індустрії	
1.3.	Професійні захворювання медичних працівників	13
1.4.	Професійні захворювання шкіри у фахівців, які	16
	користуються латексними рукавичками	
1.5.	Профілактика професійних захворювань	18
1.6.	Захисні креми для рук – різновиди та властивості	19
	Висновки до розділу 1	25
РОЗДІЛ 2	ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ЧАСТИНА. ОБ'ЄКТИ ТА	26
	МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
2.1.	Характеристика об'єктів дослідження	26
2.2.	Методи дослідження	31
	Висновки до розділу 2	37
РОЗДІЛ	РОЗРОБКА, ВПРОВАДЖЕННЯ ТА	38
3.	ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СХЕМ	
	КОМПЛЕКСНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ	
	ПРОФЕСІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ В	
	УМОВАХ КОСМЕТОЛОГІЧНОГО ЗАКЛАДУ	
3.1.	Попереднє дослідження: оцінка клінічної картини і	38

	визначення стану шкіри в проблемних зонах	
3.2.	Стратегія і розробка схем комплексної профілактики професійних захворювань шкіри в умовах косметичного закладу	39
3.3	Результати, отримані після проведення схем комплексної профілактики професійних захворювань шкіри в умовах косметологічної установи	43
	Висновки до розділу 3	48
	ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	49
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	51
	ДОДАТКИ	

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АД – атопічний дерматит

АКД – алергічний контактний дерматит

АЛТ – аланінамінотрансфераза

АСТ – аспартатамінотрансфераза

ГАГ – глікозаміноглікани

ГК – гіалуронова кислота

ДІКЖ – дерматологічний індекс якості життя

ДШС – дерматологічний індекс шкали симптомів

ЗБВ – залізобетонні вироби

ІРІ – імунорегуляторний індекс

КД – контактний дерматит

КФ – кисла фосфатаза

ЛДГ – лактатдегідрогеназа

МП – мієлопероксидаза

НСТ – тест – тест з нітросиним тетразолієм

НФаУ – Національний фармацевтичний університет

ОАС – опсонічна активність крові

ПДК – гранично – допустимі кількості

ПКД – простий контактний дерматит

ПП – протипухлинні препарати

РГМЛ – реакція гальмування міграції лейкоцитів

РСАЛ – реакція специфічної агломерації лейкоцитів

СДГ – сукцинатдегідрогеназа

ТЕПВ – трансепідермальна втрата вологи

ЦНС – центральна нервова система

ЯЖ – якість життя

ВСТУП

Актуальність обраної теми. Серед професійних захворювань важливе місце займає патологія шкіри, яка, як зовнішній бар'єр організму, першою реагує на хвороботворні фактори зовнішнього середовища. Однак діагностика шкірних хвороб утруднена внаслідок суб'єктивності сприйняття спеціалістом ознак хвороби та індивідуальних особливостей прояву захворювань. Залишається актуальною і проблема моніторингу стану шкіри в процесі терапії, тому пошуки оптимальних способів об'єктивного дослідження патологічних змін у шкірі продовжуються [1, 3, 6]. Важливим є виявлення ризику розвитку захворювань шкіри в осіб різних професій та розробка методів їхньої профілактики [2, 5, 9].

У зв'язку з цим необхідно провести дослідницькі роботи, спрямовані на вдосконалення методів ранньої діагностики професійних захворювань на будівельних підприємствах, а також розробку засобів індивідуального захисту, профілактики та лікування даних захворювань. Лікарська алергія є одним із пріоритетних професійних захворювань, що виникають при контакті медичних працівників із медикаментозними засобами [1, 3, 7, 10]. В даний час у клінічній медицині стають все більш актуальними дослідження з оцінки якості життя (ЯЖ). Подібний підхід добре зарекомендував себе в дерматології при оцінці ЯЖ хворих на хронічні дерматози, що дозволяє використовувати вже розроблені шкали при вивченні професійних захворювань шкіри.

Тому **метою** цієї магістерської роботи, є розробка, впровадження та дослідження ефективності схем комплексної профілактики професійних захворювань шкіри в умовах косметологічного закладу. Відповідно до поставленої мети в роботі визначені наступні завдання:

- проаналізувати літературні дані щодо фізіологічних особливостей професійних захворювань шкіри;
- провести аналіз сучасних методів корекції даних станів;

- провести комплексні дослідження з метою обґрунтування схем комплексної профілактики професійних захворювань шкіри;
- дослідити показники якості запропонованих схем комплексної профілактики професійних захворювань шкіри, визначити найбільш ефективні схеми.

Предметом дослідження є розробка, впровадження та дослідження ефективності схем комплексної профілактики професійних захворювань шкіри в умовах косметологічного закладу, які би відповідали технічним та нормативним вимогам та були економічно вигідними і ефективними.

Методи дослідження. Теоретична частина магістерської роботи проводилася методами аналізу та синтезу інформації про комплексну профілактику професійних захворювань шкіри. Також використовувалися сучасні методи діагностики стану шкіри, прийоми порівняння, проведення експерименту та візуалізації отриманих даних.

Практичне значення отриманих результатів. Проведено аналіз даних наукової літератури щодо проведення та обґрунтування розробки, впровадження та дослідження ефективності комплексної профілактики професійних захворювань шкіри в умовах косметичного закладу.

Елементи наукових досліджень: впровадженні та дослідженні ефективності комплексної профілактики професійних захворювань шкіри в умовах косметичного закладу.

Апробація результатів дослідження і публікації: прийнято участь у III Всеукраїнської науково – практичної конференції з міжнародною участю «YOUTH PHARMACY SCIENCE», 7 – 8 грудня 2022 р., м. Харків.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Магістерська робота викладена на 56 сторінках машинопису, складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел літератури та додатків. Робота ілюстрована 8 таблицями та 8 рисунками. Список використаної літератури містить 51 джерел, у тому числі 32 іноземних авторів.

РОЗДІЛ 1. ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ. СУЧАСНІ МЕТОДИ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ

1.1. Поширеність та структура професійних захворювань

Медичні працівники (перший клас професійного ризику) лідирують за професійними захворюваннями. Так, серед усіх галузей економіки перше місце займають медсестри (9,4%), лікарі-фахівці – на 8-му місці (1,3%), захворюваність серед жінок-фармацевтів становить 0,5%, серед молодшого медичного персоналу (санітарка-мийниця) – 2,3% 10 тис. працюючих [3, 6].

У цьому захворюваність у других професіях така: дояр – 6,3%; маляр – 3,9%; машиніст крана – 3,6%; штукатур – 3,0%, тобто. Професія медсестри справді знаходиться на 1-му місці [13, 46].

Матеріальною та економічною основою суспільства всіх країн є збереження здоров'я робітників, що є не лише найважливішим фактором високої продуктивності праці та підвищення добробуту населення, а й запорукою сталого соціально-економічного розвитку. У свою чергу, здоров'я населення перебуває у тісній залежності від економічного розвитку країни, умов та рівня життя, освіти [22, 33].

Низький рівень життя, обмеження у харчуванні, висока психоемоційна напруженість – все це негативно впливає на якість життя. Залежність здоров'я, життя різних груп населення від матеріальних умов давно і багаторазово доведена. Свідченням цього є погіршення демографічної ситуації в нашій країні на тлі показника народжуваності, що знижується. Високим залишається рівень смертності, насамперед працездатного населення, особливо чоловіків, від різних захворювань, нещасних випадків, травм та отруєнь. За збереження цієї тенденції країни скоро може настати справжній дефіцит трудових ресурсів [14, 18].

Цією проблемою стурбовані у багатьох країнах світу. Небезпечні здоров'я працюючих умови праці збереглися у багатьох галузях народного господарства. Вони обумовлені, перш за все, недосконалістю технологічних процесів, високим зносом машин та обладнання (до 70 %), недостатньою увагою до питань забезпечення безпечних умов праці, відсутністю засобів індивідуального захисту та ін. захворювань, але й можуть лежати в основі патогенетичних механізмів розвитку та прогресування загальних соматичних захворювань, що не належать до категорії професійних. Зростає також інвалідизація хворих із виявленими вперше професійними захворюваннями. При цьому інваліди внаслідок професійного захворювання зазвичай є особами молодого, працездатного віку. За даними деяких зарубіжних дослідників, збитки, які завдаються здоров'ю на виробництві, і пов'язані з цим втрати для країни можуть обчислюватися 4-5% загального валового національного продукту [15, 26-30].

Серед професійних захворювань важливе місце займає патологія шкіри, яка, як зовнішній бар'єр організму, першою реагує на хвороботворні фактори зовнішнього середовища. Проте, діагностика шкірних хвороб утруднена внаслідок суб'єктивності сприйняття лікарем ознак хвороби та індивідуальних особливостей прояву захворювань. Залишається актуальною і проблема моніторингу стану шкіри в процесі терапії, тому пошуки оптимальних способів об'єктивного дослідження патологічних змін у шкірі продовжуються [1-5, 7, 19].

Профілактика професійних захворювань є багатоплановою проблемою. Її рішення залежить від заходів соціального характеру, успішного проведення реформування економічних відносин, виникнення різних форм власності, включаючи приватне підприємництво, зміну умов ціноутворення, наукових розробок та інших чинників [6, 32, 48].

Не можна не враховувати, що спад виробництва та ризик закриття низки підприємств, відсутність необхідної соціальної адаптації до нових економічних умов та страх втратити роботу пояснює часом рідкісне

звернення працюючих за медичною допомогою. Як правило, це відбувається вже на стадії виражених проявів як професійної, так і загальносоматичної захворюваності [9, 16, 50].

Професійна захворюваність шкіри, що виявляється у працівників хіміко – фармацевтичних підприємств та лікувально – профілактичних установ, що мають контакт із різними лікарськими засобами, у 3 – 4 рази вища, ніж у осіб інших професій [9, 34, 44].

Контактний дерматит є поширеним захворюванням, яке вражає шкіру кистей рук у лікарів хірургічних спеціальностей, які проводять тривалий час у гумових рукавичках (рис. 1.1.). Відомо, що в шкірі є елементи, що беруть участь у формуванні її стійкості до різних впливів: клітини Лангерганса, внутрішньоепітеліальні лімфоцити та периваскулярні лімфоцити в сполучнотканинному шарі дерми.



Рис. 1.1. Контактний дерматит

Створено уявлення про два типи реакцій імунної відповіді: один – опосередковується переважно клітинами, інший – антитілами. Ефектом в реакціях клітинного імунітету виступає сенсibilізований Т – лімфоцит, функціональна активність якого визначається як його безпосередньою цитотоксичністю, так і дією виділених ним лімфокінів. Інший механізм захисту шкіри пов'язаний із S – IgA, який присутній у шкірі. Вважають, що редукція числа Т – лімфоцитів – супресорів у крові або зниження їхньої функціональної активності є фактором ризику виникнення алергічних

захворювань котки, у тому числі професійних. Так як лімфоцити забезпечують основні реакції імунної системи, вступаючи в численні міжклітинні взаємини, визначення експресії поверхневих рецепторів лімфоцитів (імунофенотипування) є найбільш істотним щодо оцінки імунного статусу [22, 34, 43].

У зв'язку з цим різко зростає роль практичної санітарної служби у створенні системи моніторингу за умовами праці, атестації робочих місць, баз даних про стан здоров'я, що працюють за показниками захворюваності, інвалідності та смертності, включаючи реєстр професійних захворювань.

У медицині праці основним об'єктом спостереження є умови трудової діяльності працюючих та стан їхнього здоров'я. Ось чому соціально-гігієнічний моніторинг «Виробниче середовище та здоров'я» має бути спрямований на виявлення взаємозв'язку параметрів виробничого середовища з найбільш інформативними показниками стану здоров'я працюючих та прогнозування ризику професійних захворювань».

Особливо важливим є виявлення ризику розвитку захворювань шкіри в осіб різних професій та розробка методів їхньої ранньої профілактики.

Нашу увагу було привернуто до контингенту осіб, які найчастіше страждають на професійні захворювання шкіри. До них відносяться працюючі у сфері таких виробництв як будівельна та фармацевтична індустрія, а також медичні працівники, які мають тривалий контакт із протипухлинними препаратами та матеріалами з латексу [35-38].

1.2. Професійні захворювання шкіри у працівників будівельної індустрії

Будівництво – одна з найбільших галузей у світі, що динамічно розвивається. Однак, незважаючи на механізацію, у будівництві, як і раніше, використовується ручна праця. Професійні ризики, на які наражаються працівники цієї галузі, є одними з найбільш значних в економіці [38, 47].

Основними несприятливими факторами, що впливають на будівельних робітників, є: хімічні фактори, несприятливі мікрокліматичні умови, запиленість та загазованість повітря робочої зони, підвищені рівні шуму та вібрації та тяжкість та напруженість трудового процесу.

До професійних захворювань у будівельній сфері, зумовлених впливом хімічного фактора, відносяться:

- гострі та хронічні інтоксикації та їх наслідки, що протікають із ізольованим чи поєднаним ураженням різних органів та систем;
- хвороби шкіри (епідермоз, контактний дерматит, фотодерматит, оніхії та пароніхії, токсична меланодермія, масляні фолікуліти);
- металева лихоманка;
- хронічний токсико-пиловий бронхіт;
- хронічний професійний бронхіт змішаної етіології тощо.

Аналізуючи профзахворюваність, слід враховувати поєднання хімічного та інших факторів трудового процесу, наприклад, промислових аерозолів. Хімізація робіт, що збільшується, на будівельних об'єктах зобов'язує звертати увагу на наявність у складі аерозолі токсичних і алергічних домішок. Промислові аерозолі складного складу, впливаючи на працівника, можуть викликати різні форми професійної патології бронхолегеневого апарату [15, 19, 27].

Шкідливим впливом фізичних факторів зумовлені такі професійні захворювання, як:

- вібраційна хвороба;
- нейросенсорна приглухуватість;
- вегетативно-сенсорна (ангіоневроз) або сенсомоторна полінейропатія рук;
- катаракта;
- неврити;
- вегетативно-судинна дистонія, астеничний та астено-вегетативний, гіпоталамічні синдроми;

- перегрів (тепловий удар, судомний стан) тощо.

Виробничий шум – один з основних факторів, які негативно впливають на весь організм людини, зокрема на органи слуху, провокуючи виникнення нейросенсорної приглухуватості. Вібрація – друге за значимістю джерело профпатології групи фізичних виробничих чинників. Джерелами вібрації служать ручні машини, органи ручного управління, деталі, що обробляються, при роботі з якими виникають вібрації і передаються на руки. Шкідливий вібраційний вплив зазнають не тільки робітники, зайняті в будівництві, але також і робітники з транспортної сфери: оператори та машиністи екскаваторів, бульдозерів, підйомних кранів, водії вантажних автомобілів.

До захворювань, обумовлених впливом фізичних перевантажень та перенапругою, входять:

- координаторні неврози;
- виражене варикозне розширення вен на ногах;
- хвороби периферичної нервової системи та опорно-рухового апарату;
- захворювання, що викликаються перенапругою голосового апарату та ін. [29, 32, 41].

Болі в спині та кістково-м'язові порушення – проблеми, що часто зустрічаються у працівників будівельної галузі. За даними Міжнародної організації праці, в окремих країнах від кістково-м'язових порушень страждає близько 30% усіх будівельних робітників. Усі перелічені фактори говорять про незаперечну важливість підтримки високих стандартів забезпечення безпеки праці та збереження здоров'я працівників будівельної галузі.

1.3. Професійні захворювання медичних працівників

Професійні захворювання медичних працівників різноманітні і з нозології. Їх діагностика методологічно та деонтологічне складна.

Постійно існує і загроза зараження медпрацівників інфекційними захворюваннями, у тому числі особливо небезпечними. Причому відомо, що

антиінфекційна резистентність медичного персоналу знижена, і це зниження найбільше виражено у стажованих працівників. Співробітники медичних установ найбільш схильні до зараження туберкульозом, вірусним гепатитом та ВІЛ-інфекцією. Неприятлива ситуація і за іншими класами професійні захворювання медичних працівників [2, 9, 11, 29-35].

За родом своєї діяльності медики можуть зазнавати впливу різних несприятливих факторів виробничого середовища та трудового процесу: висока нервово-емоційна напруга, вимушена робоча поза, перенапруга аналізаторних систем, шкідливі хімічні речовини та біологічні агенти, іонізуючі та неіонізуючі випромінювання, шум, вібрація, канцерогени та інше [24-29].

Найбільш загальним несприятливим фактором виробничого середовища медпрацівників є забруднення повітря робочих приміщень аерозолями лікарських речовин, дезінфікуючих та наркотичних засобів, які в десятки разів можуть перевищувати допустимі санітарні норми у приміщеннях аптек, операційних, процедурних кабінетах та інших виробничих приміщеннях медичних установ, що, природно, несприятливо позначається на здоров'я працюючих. Так концентрація ефіру та крові анестезіолога під час операції всього в 1,5-3 рази нижче, ніж у оперованих. Біохімічні дослідження крові анестезіологів свідчать про порушення пігментного обміну, явища дифузного ураження печінки (фторотановий наркоз) [33-39].

Забруднення повітря робочих приміщень медичних установ лікарськими речовинами, особливо антибактеріальними препаратами, може бути причиною розвитку у медичних працівників алергічних захворювань, токсичних уражень, дисбактеріозу. На робочих місцях хірургів було відзначено перевищення діетилового ефіру [44-46].

Багато лікарських речовин одночасно є промисловими отрутами, наприклад, камфора, бром, йод, миш'як, нітрогліцерин та інші, тобто за певних умов можуть викликати гострі та хронічні інтоксикації. Йдеться про

вплив несприятливого мікроклімату робочих приміщень на здоров'я працюючих лікарів стоматологів [45-48].

Найчастіше відзначається алергічна патологія. Алергенними в медицині є багато факторів біологічного, хімічного, фізичного характеру та їх комбінації, а також генетичні, які відіграють важливу роль у патогенез алергічних захворювань.

Висока зустрічальність серед медичних працівників професійного туберкульозу, у багатьох випадках виявляється лікарська резистентність мікобактерій туберкульозу.

Загально визнано, що вірусний гепатит є одним з основних професійних захворювань медичних працівників. Зараження їм відбувається при контакті з інфікованою кров'ю та її препаратами, а також контамінованим інструментом [21-26].

З фізичних факторів, що несприятливо впливають на здоров'я медичних працівників, найбільше значення, мабуть, мають різні види іонізуючого та неіонізуючого випромінювань. Найбільшому впливу іонізуючого випромінювання піддаються фахівці кабінетів ангіографії.

При оцінці їх впливу на організм медичних працівників все більше увага приділяється вивченню впливу на організм високих, ультрависоких, надвисоких (НВЧ) частот електромагнітних хвиль, тим більше, що патологія, що викликається НВЧ-випромінюванням, включена до списку професійних захворювань. НВЧ-випромінюванням, що широко застосовується в медицині, надає несприятливий вплив на кров, серцево-судинну систему, на центральну та периферичну нервову систему, зокрема, викликає амнезуючий ефект. Найбільш небезпечним для людини є дециметровий діапазон НВЧ-випромінювань [11, 18, 27].

При роботі з локальною вібрацією, можливе виникнення ознак вібраційної хвороби, що проявляється у вигляді вегетативно-сенсорної поліневропатії у лікарів-стоматологів (мерзотність, оніміння кистей рук, їх вологість, зниження м'язової сили, ціаноз кистей і т.д.)

Іншим несприятливим чинником роботи медиків є перенапруга окремих органів та систем (ЦНС, аналізаторів, опорно-рухової системи та ін.). Наприклад, робота з мікроскопами (операційними, лабораторними) відноситься до категорії зорових робіт найвищої точності.

Особливістю роботи багатьох категорій співробітників медичних установ є поєднане вплив на них шкідливих виробничих факторів різної природи. Наприклад, несприятливий вплив акустичного шуму на органи слуху значно посилюється під впливом ототоксичної дії антибіотиків аміноглікозидового ряду [38, 39,47].

Тому вплив хімічних речовин та фізичних факторів, що не перевищують гранично допустимі рівні, може призвести до розвитку професійних захворювань чи зумовити зростання загальної захворюваності медичних працівників [36, 45, 50].

1.4. Професійні захворювання шкіри у фахівців, які користуються латексними рукавичками

Відзначено, що у медичних працівників в останні роки стрибкоподібно зросла кількість алергічних реакцій негайного типу, що певною мірою пов'язано з використанням латексних рукавичок. При цьому спостерігається не тільки контактна кропив'янка, а й респіраторні (навіть шоківі) реакції. Поширеність латексної алергії становить 22,61% (рис. 1.2.). Клінічно латексна алергія у медичних працівників у 32,5% протікає за типом гіперчутливості негайного типу та проявляється бронхіальною астмою, алергічним ринітом, кропивницею, у тому числі у 6,0% випадків – гострими алергічними реакціями (набряк Квінке, анафілактичний шок), що вимагають надання невідкладної медичної допомоги. У 67% випадків алергічні реакції при контакті з натуральним латексом протікають за типом гіперчутливості уповільненого типу і проявляються контактним дерматитом (рис. 1.3.).



Рис. 1.2. Латексна алергія



Рис. 1.3. Контактний дерматит

Є дані про те, що імунологічні зміни в крові у робітників будівельної, фармацевтичної промисловості та у лікарів хірургічних спеціальностей мають спільні риси, що виражаються у зниженні рівня Т-клітинної ланки імунітету та активації її В-клітинної ланки. Приріст числа лімфоцитів, що експресують маркер CD30, розцінюється як активація Т-хелперів 2 типу. Значне підвищення у крові числа активованих В-лімфоцитів (CD23+-лімфоцитів та CD71 – лімфоцитів) свідчить про посилення В-клітинної ланки імунного захисту. Переважна більшість процесів апоптозу лімфоцитів обмежує активацію В-клітинної ланки імунітету, а зменшення кількості

хелперно-індукторних лімфоцитів та зниження показника HLA-DR+/CD95 відображає порушення розвитку імунної відповіді, що призводить до імунологічної толерантності [9, 17, 29].

1.5. Профілактика професійних захворювань

Первинна профілактика спрямована на вивчення та зниження впливу факторів ризику, запобігання розвитку захворювань – загальних для всього населення, окремих професійних та вікових груп та індивідуумів:

- екологічний та соціально-гігієнічний моніторинг умов праці та стану здоров'я працівників;
- зниження впливу загальних та професійних ушкоджуючих факторів на організм працівника (покращення якості атмосферного повітря, питної води, структури та якості харчування, умов праці, умов побуту та відпочинку та ін.);
- формування здорового способу життя;
- санітарно-гігієнічне виховання;
- зниження споживання тютюнових виробів та алкоголю, профілактика наркоманії;
- залучення працівників до занять фізичною культурою, туризмом та спортом, підвищення доступності цих видів оздоровлення;
- попередження розвитку соматичних та психічних захворювань, травматизму;
- медичні обстеження з метою зниження впливу шкідливих факторів ризику, раннього виявлення та попередження розвитку захворювань;
- імунопрофілактика різних груп працівників.

Вторинна профілактика спрямована на попередження загострень та хронізації захворювань, обмежень життєдіяльності та працездатності,

зниження загальної та професійної працездатності, що може призвести до інвалідності та передчасної смерті:

- цільове санітарно-гігієнічне виховання, в т. ч. індивідуальне та групове консультування працівників, навчання пацієнтів та членів їх сімей знанням та навичкам, пов'язаним з конкретним захворюванням або групою захворювань;
- диспансерні медичні огляди з метою оцінки стану здоров'я, визначення оздоровчих та лікувальних заходів;
- курси профілактичного лікування та цільового оздоровлення, у т. ч. лікувального харчування, лікувальної фізкультури, медичного масажу, санаторно-курортного лікування;
- медико-психологічна адаптація до зміни ситуації у стані здоров'я, формування правильного сприйняття тих, що змінилися можливостей та потреб організму;
- зменшення впливу факторів екологічного та професійного ризику;
- збереження залишкової працездатності та можливості адаптації до професійному та соціальному середовищі, створення умов для оптимального забезпечення життєдіяльності постраждалих від нещасних випадків та хвороб на виробництві [6, 9-14].

1.6. Захисні креми для рук – різновиди та властивості

Вплив сонця, вітру та сучасної атмосфери, насиченої різноманітними хімічними сполуками, негативно впливає на нашу шкіру. При виконанні різних видів робіт у побуті та на підприємствах ми теж стикаємося з агресивними факторами, здатними завдати шкоди шкірі.

Ринок косметології представляє нам вирішення проблеми у вигляді захисних кремів. Наносячи на відкриті ділянки шкіри крем, що має спеціальну дію і призначений безпосередньо для цієї частини нашого тіла, ми

захищаємось від різних видів шкідливого впливу (рис. 1.4.). Захисні креми для рук можуть бути кількох різновидів:

- для захисту від фізичних подразників (бруд, пилю, води): силікон, що входить до складу такого крему, надійно захистить поверхню шкіри рук тонкою, але разом з тим досить щільною плівкою, яку після закінчення всіх справ слід ретельно змити з милом. Такий крем часто використовується в домашньому господарстві для захисту шкіри рук при збиранні, миття посуду та ін;

- для захисту від агресивних середовищ, таких як луги, розчини кислот, солі, дезінфікуючі засоби. Це креми з гідрофобною властивістю, тобто водним ефектом, що відштовхує, або з гідрофільною властивістю, що зв'язує корисні нашій шкірі речовини і перешкоджають їх подальшим реакціям. Обидва типи крему створюють на шкірі захисну плівку, що запобігає негативному впливу на шкіру агресивних середовищ.

- професійний захисний крем для рук: виділяється тим, що плівка водо- і повітронепроникна, що утворюється на поверхні шкіри таким кремом. Захист шкірного покриву під його впливом максимальний. Значить, при роботі з в'язкими, жирними, агресивними розчинами шкіра рук не страждатиме.

- крем, що регенерує. Застосовується для відновлення шкіри після впливу агресивних факторів, живить шкіру, загоює мікротріщини, усуває сухість та стягнутість.

- для захисту від обмороження та обвітрювання. Такі креми мають у своєму складі жирові та зволожуючі компоненти, що перешкоджають огрубінню та розтріскуванню шкіри у несприятливих погодних умовах.

- для захисту від ультрафіолетового випромінювання. Застосовується під час проведення робіт на свіжому повітрі, і навіть при електрозварюванні. Як правило, мають ступінь захисту не нижче SPF 30, і придатні для використання не тільки на шкірі рук, але і для обличчя.



Рис. 1.4. Захисний крем для рук

Найбільш затребуваними на різних видах виробництва є захисні креми, що мають гідрофобну або гідрофільну властивість.

Гідрофобні креми характеризуються здатністю відштовхувати воду і при цьому самі не розчиняються у воді. Це дозволяє таким кремам, створюючи на шкірі особливу плівку, забезпечувати захист рук від будь-яких водорозчинних агресивних речовин – розчинів лугів, кислот, спиртів, солей та ін. Гідрофобні креми видаляються зі шкіри за допомогою спеціальних паст, що очищають, і гелів [37-40].

Гідрофільні креми теж створюють на шкірі захисну плівку, проте вони призначені для захисту рук від виробничих забруднень на олійній основі та нерозчинних у воді речовин – нафтопродуктів, мастил, технічних масел, органічних розчинників, лаків, фарб, мазуту та ін. Гідрофільний крем легко можна змити водою за допомогою звичайного туалетного мила. Крім захисних властивостей такі креми мають ще й зволожуючу дію [44-47].

Як правило, одноразового нанесення гідрофільного або гідрофобного крему достатньо захисту шкіри на 4 години і більше. Такі креми вважаються придатними для будь-якого типу шкіри.

Існують також креми, що поєднують у собі гідрофобні та гідрофільні властивості – **креми комбінованої дії**. Вони забезпечують захист від водорозчинних та водонерозчинних речовин, і можуть застосовуватись у

тому випадку, коли неможливо точно визначити вид забруднення. Однак, як правило, комбінований крем виявляється менш ефективним, ніж гідрофільний або гідрофобний окремо [33-38].

Склад захисних кремів для рук

Основа таких кремів представлена жирами тваринного і рослинного походження, що не розтікаються. Обов'язковими компонентами є пантенол або декспантенол, бджолиний віск або парафін, антиоксиданти. Як поживна добавка часто виступає гліцерин. Він зволожує шкіру, витягаючи вологу із її глибоких шарів. Вологозахисні властивості, як правило, забезпечує вазелін. Він є продуктом, одержуваним шляхом хімічної переробки нафтопродуктів, тому якість безпосередньо залежить від ступеня очищення. На це слід звертати увагу [23-28].

Коли людина працює з особливо небезпечними хімічними речовинами, наприклад, із кислотами високої концентрації, він захищає руки за допомогою спеціальних рукавичок. Але їх постійне використання має низку недоліків. Це і погіршення чутливості рук і зниження повітрообміну, наслідком якого є підвищене потовиділення. Для того щоб уникнути цих неприємних наслідків (звичайно, якщо не йдеться про особливо небезпечні речовини), найкраще використовувати спеціальні креми. Зараз з'явилося безліч новинок, що дають необхідний, як і рукавички, ступінь захисту. Креми утворюють на шкірі механічний захисний шар та полегшують її очищення від сильних та стійких забруднень. Креми гідрофільної дії захищають від нерозчинних у воді забруднень, і креми дії гідрофобної – для захисту від розчиненого у воді бруду. Для досягнення оптимального ефекту важливо зробити правильний вибір – потрібно чітко знати, яка саме речовина буде впливати на шкіру робітника, з урахуванням концентрації агресивного середовища та тривалості її впливу. Використання захисних кремів не виключає застосування рукавичок. Адже найчастіше значна частина шкідливих речовин осідає на рукавичках, і завжди є ризик, що речовина

потрапить на руки. Крім того, застосування крему значно знижує потовиділення [24, 29, 34].

Останнім часом з'явилися новинки: це креми німецької фірми Штокгаузен. Німецькі креми абсорбують забруднення, не заважаючи нормальному повітрообміну шкіри, і не залишають відбитків на готовій продукції. Всі види забруднень можна умовно розбити на 4 групи – за ступенем стійкості. Для кожної з цих груп існують спеціально розроблені засоби для чищення. Якщо йдеться про легкі забруднення, найкраще використовувати гель «Estesol». Він містить зволожуючий кондиціонер, що пом'якшує шкіру, та компоненти, що захищають руки від бактеріальної та грибкової інфекції. Якщо йдеться про такі забруднення, як олія, нафта, жир, сажа і графіт, то будуть потрібні сильніші очищувачі. Один із них – паста «Солопол». До її складу входить порошок із шкаралупи волоського горіха, що дозволяє впоратися із найскладнішими забрудненнями, не викликаючи подразнення шкіри. Які працюють з особливо стійкими забрудненнями (лаки, смоли, клей), можна порадити пасту «Сліг Спеціаль» [34/ 39, 47]. Паста «Редуран» застосовується для очищення від різних барвників: анілінових, друкарських, харчових та інших. У цих засобах, що очищають, немає розчинників, і цим вони вигідно відрізняються від більшості існуючих аналогів. Крім того, застосування цих паст не потребує великої кількості води. Зараз це актуально, тому що у багатьох регіонах часто виникають проблеми з водопостачанням та запроваджуються лічильники витрати води [21, 24, 33, 40-44].

Об'єктивізація методів оцінки ступеня вікових змін рук

Компанією Мерц (Німеччина) розроблена 5-бальна естетична шкала для оцінки вікових змін кистей рук. Оцінка стану рук конкретного клієнта проводиться шляхом порівняння з представленими фотографіями та присвоєння (рис. 1.5.) відповідного ступеня. В основі шкали лежить зіставлення таких ознак, як обсяг м'яких тканин та візуалізація вен. Згодом ця шкала була дещо доповнена Narukar, який додав ознаки фотоушкодження

шкіри того чи іншого ступеня (табл. 1.1) [6, 25, 33]. Розуміння механізмів та оцінка клінічної картини інволюційних змін кистей рук необхідні для проведення успішної корекції ознак старіння, у тому числі для вибору оптимального методу корекції або комплексу методів.



0 ступінь 1-й ступінь 2-й ступінь 3-й ступінь 4-й ступінь

Рис. 1.5. Старіння рук: естетична шкала Мерц (надано компанією Мерц)

Табл.1.1.

Шкали з метою оцінки вікових змін рук

Оригінальна шкала Мерц	Модифікована шкала Narukar, додаткові ознаки	Методи терапії/корекції
0 — нормальний стан м'яких тканин	Відсутність ознак фотопшкодження шкіри	Адекватний косметичний догляд
1 — легкий ступінь гіпотрофії жирової тканини та ледь помітна візуалізація вен	Початкові ознаки фотопшкодження	Терапія імпульсним світлом (IPL) Радіочастотний ліфтинг +/-
2 — помірний ступінь атрофії жирової тканини та легкий ступінь візуалізації вен та зв'язок	Помірно виражені ознаки фотопшкодження та зниження еластичності шкіри	Ін'єкційна пластика Неаблятивний ФФТ Радіочастотний ліфтинг +/-
3 — виражена атрофія жирової тканини та помірний ступінь візуалізації вен та зв'язок	Виражені ознаки фотопшкодження та зниження еластичності шкіри	Ін'єкційна пластика Неаблятивний ФФТ Радіочастотний ліфтинг +/-
4 — вкрай виражений ступінь атрофії жирової тканини, різке контурування вен та зв'язок	Значно виражені ознаки фотостаріння шкіри, в'ялість, надлишок шкіри	Аблятивний ФФТ Радіочастотний ліфтинг Ін'єкційна пластика

Висновки до розділу 1

1. Встановлено, що в даний час на підприємстві будівельної індустрії санітарно-гігієнічні умови праці характеризуються комплексом несприятливих виробничих факторів, серед яких найважливішими є: висока концентрація пилу на ділянках, значне перевищення відносної вологості повітря та рівня звукового тиску, а також тривалий контакт шкіри рук із цементними розчинами.

2. Виявлено що, у робітників, зайнятих у виробництві залізобетонних виробів, виявлено професійну дерматологічну патологію: епідермоз, алергічний дерматит, екзема. Встановлено, що особи, уражені епідермозом та професійним алергічним дерматитом, сенсibilізовані до хрому, нікелю та кобальту.

3. Обґрунтовано методи комплексної профілактики професійних захворювань шкіри, що виникають у результаті контакту в умовах медичних закладів.

4. Серед лікарів хірургічних спеціальностей, які контактують з латексними рукавичками, майже в кожного третього виявляється професійна патологія шкіри. При тривалому використанні латексних рукавичок порушується бар'єрно-захисна функція шкіри.

5. На підприємстві будівельної промисловості встановлено комплекс несприятливих виробничих чинників: різко підвищена концентрація пилу, висока відносна вологість повітря, і навіть безпосередній і тривалий контакт шкіри рук робітників із цементними розчинами.

6. Виявлено, що 60% робітників, зайнятих у виробництві залізобетонних виробів, мають професійну дерматологічну патологію: епідермоз, алергічний дерматит, екзему. Особи, які страждають на епідермоз і алергічним дерматитом, більшою мірою сенсibilізовані до хрому, нікелю та кобальту.

РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ЧАСТИНА. ОБ'ЄКТИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Характеристика об'єктів дослідження

Об'єкти дослідження

Об'єктами нашого дослідження були клієнти, які добровільно погодились взяти участь в дослідженні ефективності розроблених нами програм, а також самі схеми корекції і косметичні засоби та апаратні методики, використовувані в ході роботи.

Для розробки методів профілактики захворювань шкіри у медичних та фармацевтичних працівників, косметологів, що користуються латексними рукавичками, обстежили 13 осіб (7 чоловіків та 6 жінок) - фахівців з різними формами контактного дерматиту (хірургів загального профілю було 5, гінекологів – 2, косметологів, фармацевтів – 3, стоматологів – 3 осіб). Вік обстежуваних від 20 до 67 років, стаж роботи від 6 місяців до 15 років. Контрольну групу становили 10 працівників адміністративного апарату. Початковий збір інформації щодо визначення стану професійних захворювань шкіри і подальшої розробки схем корекції в умовах косметологічного закладу ми почали з оформлення картки клієнта. У карті ми вказували інформацію, отриману від клієнтів, а також ту, яку ми отримали після виконання відповідних тестів [3, 11].

Вивчалися умови праці всіх обстежуваних контингентів, особливу увагу приділяли дільницям, де працівники піддаються найбільшому впливу виробничих подразників і алергенів.

Клінічні методи дослідження включали опитування (скарги та анамнез), опис дерматологічного статусу, з'ясування алергологічного анамнезу. Описували осередки ураження шкіри, їх характер, локалізацію, поширеність, термін розвитку шкірних змін залежно від стажу роботи. Бар'єрну функцію шкіри оцінювали електрометричним методом за

допомогою спеціального контактного скляного електрода з чутливою плоскою мембраною з іоноселективного скла типу ЕСМ41-ОН. Точками визначення показника з'явилися тильна та долонна поверхні кистей.

У роботі використано комплекс гематологічних, біохімічних, імунологічних та цитохімічних методів дослідження хворих. У периферичній крові визначали гемоглобін, еритроцити, колірний показник, ШОЕ, число лейкоцитів, тромбоцитів, лейкоцитарну формулу. Біохімічні дослідження сироватки крові виконували на автоаналізаторах SMA 12/16 та SMA 6/60. Визначали: загальний білок, альбумін, глобуліни, вміст холестерину, глюкози, загального та прямого білірубіну, сечової кислоти, креатиніну, активність ферментів АСТ та АЛТ.

Для профілактики професійних уражень шкіри всім учасникам експерименту, що контактують з латексними рукавичками, призначали крем для рук захисний Дзетадерм і крем для рук та нігтів Biomains Age-delaying. Вони мають комплексну дію: ранозагоювальну, протизапальну, регенеруючу, бактерицидну і пом'якшувальну. Захисні креми наносили двічі (до початку робочої зміни та після обідньої перерви) тонким шаром на відкриті ділянки шкіри [44].

Оцінювали вплив професійного захворювання на параметри ЯЖ у працівників різних професій. У протокол дослідження було включено 13 хворих на професійні дерматози, з простим або алергічним контактним дерматитом внаслідок впливу латексу.

Як загальне питання для вивчення ЯЖ хворих з професійною патологією шкіри застосовували MOS SF-36 (Medical Outcomes Study-Short Form). Як «спеціалізований» інструмент застосовували дерматологічний індекс якості життя. Крім цього, використовували спеціальний опитувальник DSQL (Dermatology Specific Quality of Life) – ДСЯЖ.

З метою визначення рівня ЯЖ хворих на професійні дерматози проводилася ретельна бесіда із заповненням розробленої нами стандартизованої карти клінічного перебігу дерматозу, супутніх захворювань

та «профілю впливу хвороби» за запитальником та шкалою оцінки ЯЖ. Вивчали динаміку ЯЖ після 30-ти денного курсу аплікацій кремів для рук Дзетадерм і Biomains Age-delaying, у фахівців які страждають на контактні «латексні» дерматити [50].

Результати досліджень

Оглядні ознаки професійних захворювань шкіри.

Методики корекції (перелік використаних косметичних засобів і процедур), рекомендації по корекції домашнього догляду і раціону харчування [13, 23, 50].

Тести

Тест на жирність виконують за допомогою цигаркового паперу накладанням її на чисту шкіру через кілька годин після вмивання. Папір легко притискають до чола, носа й підборіддя, в результаті чого на ній з'являються (або не з'являються) три плями, розташовані одне під іншим. Потім краї паперової смужки притискають до щік. Якщо смужка залишається сухою – тест вважається негативним, якщо жирні плями з'являються тільки посередині, кажуть про змішаному типі шкіри, при наявності п'яти жирних плям – тип шкіри жирний.

Ротаційно-компресійний тест (на визначення тонушу шкіри). Великий палець прикладають до шкіри середньої частини обличчя і, злегка натиснувши, обережно відводять її в сторону. При наявності опору тиску тест вважається негативним. У разі виникнення віяла тонких зморшок, які зникають після усунення тиску, тест вважається слабопозитивний. Якщо шкіра піддається слабкому тиску, визначається вільна ротація і утворення при натисканні дрібних зморшок – тест позитивний.

Тест на утворення шкірної складки (тест на еластичність). При легкому стисненні шкіри двома пальцями утворюється складка на бічній поверхні обличчя. Якщо вона утворюється важко (шкіра по еластичності нагадує гуму) – відмінний тонус шкіри. Якщо її утворити можна, але шкіра відразу вирівнюється – тонус знижений. Якщо складки на обличчі

формується довільно на ділянках, де шкіра обвисає або довго залишаються помітними після їх утворення – шкіра атонічна (в'яла).

Діаскопія (вітропресія) – метод дозволяє оцінити кровопостачання неураженої шкіри обличчя. Для цього натиснення виробляють в області виличної кістки. Швидке відновлення кольору шкіри говорить про хороше кровопостачання, тривале її збліднення після проведення діаскопії – про погане кровопостачання.

Дермографізм представляє собою судинну реакцію шкіри на механічне подразнення, яке викликається лінійним тиском на шкіру тупим предметом (дерев'яним шпателем). Нормальний дермографізм характеризується утворенням широкої рожево-червоної смуги, яка зникне через 1-3 хвилини. Визначаючи дермографізм в області декольте (проводять смугу між ключицями) і, оцінюючи чутливість шкіри до механічного подразнення в цій області, можна прогнозувати її реакцію на різні косметичні маніпуляції.

Динамічні спостереження

1. Візуальне і мануальне обстеження раз тиждень
2. Ротаційно – компресійний метод
3. Пальпація
4. Визначення стану кислотно – лужної мантії шкіри
5. Корнеометрія
6. Себуметрія
7. Дерматологічний індекс якості життя (ДІКЖ)

Таблиця 2.1.

Проведені процедури (догляд в салоні)

Дата	
Назва та особливості косметологічної програми	
Рекомендації по домашньому догляду	
Подальший план процедур	

Картка клієнта косметолога

1	Персональні дані клієнта	ПІБ _____ Кількість повних років _____ Адреса, телефон _____ Скарги _____
2	Стан здоров'я	
3	Індивідуальні особливості	
4	Стан шкіри	
5	Особливості шкіри	
6	Хвороби шкіри	
7	Вікові зміни	
8	Тургор шкіри	Нормальний Знижений Поганий
9	Косметологічні процедури, що проводилися раніше	Ін'єкції Контурна пластика Лазерні технології Інше
10	Догляд за шкірою на дому	

*Засоби, що використовуються в програмі**1. Крем для рук захисний Дзетадерм (рис. 2.1.)*

Рис. 2.1. Крем для рук захисний Дзетадерм

Крем для рук захисний Дзетадерм 500мл (з дозатором)

- Об'єм 500 мл
- Засіб: крем

- Особливості: з дозатором

2. Biotherm Biomains Age-delaying (рис. 2.2.)

Крем для рук та нігтів Biomains Age-delaying

- Ефект: захист від зовнішніх впливів, зволоження, антивіковий
- Активні інгредієнти: гліцерин, пантенол, вітамін F



Рис. 2.2. Biotherm Biomains Age-delaying

2.2. Методи дослідження

У сучасній дерматології при оцінці ефективності лікувальних і косметичних засобів, що поліпшують стан шкіри, найбільш популярними вважаються неінвазивні біофізичні методи дослідження шкіри *in vivo*. При оцінці функціонального стану шкіри одними з найбільш важливих параметрів є: зволоженість (рівень гідратації рогового шару), біомеханічні властивості шкіри (в'язкоеластичні властивості, пружність, міцність на розрив), мікрорельєф, колірні характеристики (пігментація, еритема), поверхневий рН, трансепідермальна втрата води і жирність.

Дослідження стану ліпідного балансу шкіри

Методи оцінки гідратації

Вимірювання вмісту вологи в роговому шарі одержало широке поширення в оцінці ефективності проведення процедур з використанням зволожуючих засобів. Крім того, цей параметр має велике значення в клінічній дерматології і косметології. Кількість зв'язаної води можна оцінити

диференціальною калориметрією, термогравиметрією, а також методами, заснованими на дослідженні ефекту резонансу (ІК – спектроскопія, ядерно-магнітний резонанс).

Корнеометрія

Корнеометрія є методом прямої оцінки гідrataції рогового епідермісу. В роботі корнеометра використовується принцип конденсаторної ємності [11, 45]. Корнеометрія дозволяє виділяти сумарний вміст води в роговому шарі. Корнеометрія відноситься до напівкількісним методам, так як її результат виражається в корнеометричних одиницях. У кожної модифікації приладу є своя шкала. Наприклад, у корнеометра «*Monaderm Combined Unit CM825 / SM 815 / CT 580*» (*Courage Khazaka*) шкала має межі від 0 до 120 од. Величина нижче 30 од. характеризує дуже суху шкіру, від 30 до 45 од. – суху шкіру, вище 45 од. – в різному ступені зволожену шкіру. Встановлено, що і температура, і відносна вологість значно впливають на показники корнеометрії [2, 3].

Іншим приладом, призначеним для оцінки зволоженості шкіри, заснованому на тому ж фізичних феномен, що і корнеометрія, є «*Скінчип*» (*SkinChip*), розроблений і запатентований дослідною лабораторією Л'Ореаль. «Скінчип» представляє собою електронний контактний датчик, що складається з безлічі мікропросенсорів, що вимірюють діелектричну проникність шкіри. Кожен мікросенсор приладу передає інформацію на комп'ютер, де вона трансформується в відтінки сірого. В цілому вони утворюють зображення, що відображає текстуру шкіри і рівень її зволоженості. Гідrataцію шкіри оцінюють за допомогою статистичного аналізу рівня яскравості на ділянці [4, 6, 9].

До альтернативних методів вимірювання гідrataції відносять ІК – спектроскопію, частотний резонанс, ядерно-магнітний резонанс [47].

Вапориметрія (теваметрія)

До непрямих методів оцінки рівня гідrataції відносять також вапориметрію, оскільки стан зволоженості шкіри безпосередньо пов'язане з

станом гідроліпідної мантії і ліпідного бар'єру рогового шару. Вапориметрія (метод оцінки індексу трансепідермальної втрати води – ТЕПВ) заснована на вимірі тиску водяної пари над поверхнею шкіри. Сигнал надходить в цифровий аналізатор, який розраховує, скільки води випарувалося за одиницю часу. Індекс ТЕПВ вимірюється в $г / м^2 / ч$. Показник ТЕПВ побічно характеризує стан гідроліпідного бар'єру шкіри. Оскільки цей параметр корелює з рівнем гідратації, вапориметрію доцільно поєднувати з корнеометрією і себуметрією [8, 22].

Дослідження стану ліпідного балансу шкіри

Себуметрія

Себуметрія – найбільш відомий вимірниковий інструмент для визначення кількості жиру на поверхні гладкої шкіри і волосистої частини голови. Прилад фіксує навіть незначні зміни у змісті шкірного сала на поверхні шкіри. Датчик, використовуваний в себуметрії, називається себуметрична касета. У середині касети є рулон спеціальної синтетичної стрічки, здатний вбирати жир. Площа вимірювальної головки становить 64 мм^2 . Одна касета призначена для 450 вимірів [17, 40].

Під час вимірювання невелику ділянку стрічки прикладається до поверхні шкіри. При абсорбції шкірного сала ця плівка стає прозорою. Для кількісного визначення секреції вимірювальний датчик вставляється в отвір приладу, де аналізується ступінь прозорості плівки фотометричним методом. Світлорозсіювання на плівці корелює зі змістом шкірного сала на поверхні шкіри. Мікропроцесор обраховує результат, які виводиться на дисплей в умовних одиницях – від 0 до 350 («Monaderm Combined Unit CM825 / SM 815 / CT 580», Courage Khazaka). Важливим аспектом правильно проведеної себуметрії є попереднє очищення шкіри розчином за 1-2 години до проведення вимірювань. Показник себуметрії широко використовується для об'єктивізації результатів противугрової терапії, замісної гормональної терапії, застосування очищаючих засобів для різних типів шкіри.

Методи дослідження механічних властивостей шкіри

При вивченні механічних властивостей шкіри частіше за інших використовують поняття «пружність», «еластичність» і «щільність» [11].

Основні методи оцінки механічних властивостей: методи поперечної деформації: баллістометрія (метод вдавлювання) і кутометрія (метод всмоктування). Методи поздовжньої деформації: тензометрія (метод розтягування) і торсіометрія / токметрія (метод кручення). Найбільш поширеними і доступними методами вимірювання біомеханічних параметрів є методи, засновані на створенні поперечної деформації [17, 23, 41].

Баллістометрія. Баллістометр (апарат Dia-Stron Torsional Ballistometer BLS 780, поєднаний з РС) являє собою своєрідний маятник, який вдаряє з незмінною висоти по поверхні шкіри. Поширення ударної хвилі і відповідна реакція шкіри залежать від стану еластичних волокон і змісту води. Удар передає шкірі кінетичну енергію і змушує підскакувати датчик після удару. Аналіз параметрів отриманої кривої дозволяє оцінити ступінь деформації шкіри і її еластичність. До основних показників баллістометрії, що відображає в'язкоеластичні властивості шкіри, відносять глибину вдавнення, ALPHA і AREA. Глибина вдавнення (IND – Indentation) – висота першого піку під кривою на графіку. Цей параметр показує, наскільки глибоко вдавлюється шкіра при початковому ударі кульки маятника, і вимірюється в міліметрах (мм). IND безпосередньо характеризує щільність шкіри – чим вище IND, тим менше щільність шкіри. Профіль поглинання (ALPHA) – цей показник відображає ступінь зниження двох ефективних відскоків кульки маятника від шкіри. Коли він підвищується, це означає, що відскік стає все менш і менш вираженим, а шкіра – менш еластичною і більш вузький. Площа під кривою (AREA) – це площа під кривою, яка відповідає числу відскоків. Для молоді пружної шкіри характерно безліч відскоків, тому і AREA в цьому випадку буде більшою. Цей параметр безпосередньо корелює з показників ALPHA.

Кутометрія

Оцінка в'язкоеластичних параметрів шкіри методом кутометрії (Cutometer, Courage Khazaka) заснована на відомому принципі вертикальної деформації. Датчик являє собою порожню трубку, всередині якої створюється негативний тиск. У місці, де отвір стикається з поверхнею тіла, шкіра всмоктується в трубку. Висота кожного горбка і час його повернення в початковий стан після того, як тиск всередині трубки відновлюється, фіксуються за допомогою оптичного сенсора. Оптична система складається з джерела і детектора світла, а також двох призм, розташованих один проти одного, які відбивають світло від джерела до детектора. Інтенсивність світла змінюється в залежності від висоти горбка. Результат можна представити у вигляді кривої [19, 34, 50].

Торсіометрія також широко використовується для оцінки механічних властивостей шкіри і заснована на створенні скручування і деформації. Отримувані результати представляють у вигляді кривої з параметрами, аналогічними показниками кутометрії.

Застосування неінвазивних методів обстеження є днією з актуальних тенденцій сучасної дерматології. Ці методи дозволяють провести морфофункціональну оцінку шкірного покриву без порушення цілісності, а також ефективності запропонованих схем[18].

Дерматологічний індекс якості життя (ДІКЖ) є анамнестичним опитувальником, розробленим в 1994 році А.У. Finlay і G.К. Khan у дерматологічному відділенні Університету Уельсу у Великобританії. ДІКЖ використовується дерматологами для оцінки ступеня впливу шкірних захворювань на різні аспекти життя пацієнта, які можуть бути порушені в даний період (сімейні відносини з родичами, друзями, колегами, спорт, секс, соціальна активність та ін.).).

Опитувальник може бути використаний як критерій оцінки тяжкості стану пацієнта та ефективності терапії. На всі питання анкети пацієнт повинен дати одну відповідь, що відображає ступінь негативного впливу

захворювання на якість життя. Кожне питання оцінюється за шкалою балів від 0 до 3 і шляхом підсумовування балів розраховується результат, який може змінюватись від 0 до 30 (табл. 2.3.).

Таблиця 2.3.

Трактування значень індексу ДИКЖ

Значення індексу	Трактування
0-1	шкірне захворювання не впливає на життя пацієнта
2-5	захворювання надає помірний вплив на життя пацієнта
6-10	захворювання незначно впливає на життя пацієнта
11-20	захворювання дуже сильно впливає на життя пацієнта
21-30	захворювання надає надзвичайно сильний вплив на життя пацієнта

Фотографування клієнтів

Стандартні проекції положення клієнта щодо фотокамери, умови (кут освітлення) і тип плівки. Знімки в проекціях: анфас, профіль, $\frac{3}{4}$ справа і зліва, вид спереду при закинутою голові [55, 59].

Висновки до розділу 2

1. Наведені об'єкти дослідження, охарактеризовані апаратні методи діагностики шкіри, які використовувалися для діагностики професійних захворювань шкіри.

2. Представлений комплекс косметичних засобів і методів діагностики, які використовували в ході дослідження запропонованих схем корекції професійних захворювань шкіри.

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА, ВПРОВАДЖЕННЯ ТА ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СХЕМ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСИЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ В УМОВАХ КОСМЕТОЛОГІЧНОГО ЗАКЛАДУ

3.1. Попереднє дослідження: оцінка клінічної картини і визначення стану шкіри в проблемних зонах

Усіх пацієнтів із дерматитом, що виникають після контакту з латексними рукавичками, розділили на три групи залежно від типу ураження шкіри. І групу склали 6 осіб (46,2%) з простим контактним дерматитом (ПКД), до II групи включили 7 осіб (53,8%) з алергічним контактним дерматитом (АКД), до III групи увійшли 10 осіб (100%) з ознаками атопії.

За результатами загальноклінічного обстеження було виявлено, що у пацієнтів I групи в анамнезі були вказівки на захворювання з боку шлунково-кишкового тракту: дискінезія жовчовивідних шляхів, жовчнокам'яна хвороба, хронічний панкреатит, які в момент обстеження перебували на стадії стійкої ремісії. У пацієнтів II та III групи за даними бактеріологічного аналізу калу концентрація мікроорганізмів 14,6% а 37,2% значно відрізнялася від чисельності мікроорганізмів у здорових людей. Отримані дані показали наявність у цих пацієнтів дисбактеріозу кишечника, що супроводжується хронічними захворюваннями ШКТ. Лише у 3% пацієнтів контрольної групи в анамнезі були вказівки на хронічні захворювання ШКТ. Ймовірно, дисбактеріоз кишечника відноситься до станів, що схильні до виникнення алергії.

У пацієнтів, які страждають на ПКД, значення рН шкіри кистей склало в середньому: у хірургів – 7,4; у гінекологів – 7,2; у стоматологів – 7,1, у косметологів – 7,2, у фармацевтів – 7,3, що говорить про залужування тканини внаслідок виснаження буферних систем шкіри. Найбільша величина рН шкіри виявлена в осіб, які страждають на АКД: вона склала у хірургів –

8,5; у гінекологів – 8,2 та стоматологів – 7,7, у косметологів – 8,2, у фармацевтів – 7,5. У пацієнтів з початковими клінічними проявами ураження шкіри також виявлені високі значення рН – 7,5, тобто вже на ранніх стадіях патологічного процесу відбувається суттєвий зсув рН шкіри в лужний бік, що, мабуть, є характерною ознакою початку та прогресування захворювання. Аналіз значень рН залежно від стажу роботи показав максимальне зрушення рН шкіри в лужну сторону лікарів, косметологів, фармацевтів зі стажем від 5 до 15 років.

Алергологічні дослідження показали, що у 7 хворих на ПКД була негативна або слабопозитивна реакція (еритема), яка зникала протягом кількох годин, що характерно для подразнення шкіри без явищ алергії. У хворих з АКД реакція зберігалася протягом декількох днів і відрізнялася інтенсивністю. Виражені клінічні прояви були у 27% обстежуваних при 5-річному стажі роботи, у 35,8% – за стажу роботи від 5 до 10 років і у 37,2% – більше 10 років. Отримані результати дозволили зробити висновок, що особи з ПКД мають алергічну схильність до виробів з латексу і згодом вони піддаються сенсibiliзації.

1.2. Стратегія і розробка схем комплексної профілактики професійних захворювань шкіри в умовах косметичного закладу

Спеціальні методи дослідження проводилися до початку курсу терапії та через 7 днів після останньої процедури та включали вивчення якісних характеристик шкіри із застосуванням неінвазивних методів діагностики (рН – метрія, корнеометрія, себуметрія,) за допомогою різних спеціалізованих насадок апарату Soft Plus (Callegary, Італія) (табл. 3.3.).

З метою профілактики контактних «латексних» дерматитів було запропоновано схему комплексних заходів: припинення контакту з алергеном – латексними рукавичками (їх заміна на інші, якщо це можливо), дієта з обмеженням солі, вуглеводів та екстрактивних речовин, десенсибілізуюча

терапія, лікування дисбактеріозу кишечника (ентеросорбенти), пре- та пробіотики), місцево: креми, мазі, пасти з інактивуючими та комплексоутворюючими добавками, що нормалізують рН-шкіри, а також з антиоксидантними речовинами.

Критерії включення: клієнти віком від 20 до 35 років з ознаками професійних захворювань шкіри, підписання поінформованої згоди, висока комплаєнтність.

Критерії виключення: обтяжений алергоанамнез, аутоімунні захворювання, прийом імунодепресантів, глюкокортикоїдів, ретиноїдів.

Проведено рандомізоване порівняльне дослідження у паралельних групах. Під нашим наглядом перебували 23 клієнта із професійними захворюваннями шкіри (6 жінок та 7 чоловіків) у віці від 20 до 35 років (середній вік $45,8 \pm 5,81$ року). Методом рандомізації клієнтів розділили на 3 групи: 1 групі призначали крем для рук захисний Дзетадерм, 2 групі призначали крем для рук захисний крем для рук та нігтів Biomains Age-delaying, 3 група – плацебо.

Серед лікарів хірургічних спеціальностей, які контактують із латексними рукавичками, у 33,8% виявляється патологія шкіри. З них у 48,2% виявляється контактний дерматит, у 37,2% – алергічний дерматит, у 14,6% – ознаки атопії.

Внаслідок тривалого використання латексних рукавичок порушується бар'єрно-захисна функція шкіри, що проявляється у підвищенні величини рН з 5,5 до 8,5 на тлі сенсibiliзації до латексних алергенів. Розвиток професійного дерматиту відрізняється торпідним і хвилеподібним перебігом та можливістю швидкої трансформації ранніх проявів патології шкіри в екзему. Контактний дерматит супроводжується підвищенням активності лужної та кислої фосфатази нейтрофілів. Чинником ризику розвитку професійного дерматиту в лікарів хірургічних спеціальностей є дисбактеріоз кишечника. У механізмі розвитку професійних дерматозів у лікарів хірургічних спеціальностей, які користуються латексними рукавичками,

важлива роль належить збільшенню секреції гістаміну з базофілів крові. Реакція звільнення гістаміну базофілами може мати як неспецифічний, і імунологічний механізм.

Виявлено, що на хіміко-фармацевтичних підприємствах найбільше схильні до ризику розвитку дерматозів працівники, зайняті фільтрацією протипухлинних препаратів, очищенням сировини, екстрагуванням розчинника, сушінням та просівом продуктів, а також медичні процедурні сестри онкологічних та гематологічних відділень. Встановлено загальні закономірності у розвитку патології шкіри серед лікарів хірургічних спеціальностей, які контактують з латексними рукавичками. При тривалому використанні латексних рукавичок порушується бар'єрно-захисна функція шкіри, що проявляється у значному підвищенні величини рН: з 5,5 до 8,6 на тлі сенсibiliзації до латексних алергенів, які також сприяють збільшенню виділення гістаміну з базофілів крові. Професійний дерматит відрізняється торпідним і хвилеподібним перебігом з можливістю швидкої трансформації ранніх проявів патології шкіри в екзему.

Нами розроблена схема № 1 корекції професійних захворювань шкіри, яка складається з наступних процедур:

– крем для рук захисний Дзетадерм – 105 процедур (табл. 3.1.).

Таблиця 3.1.

Основні етапи корекції професійних захворювань шкіри схеми № 1

Етапи	Методика	К – сть процедур на тиждень	К – сть процедур на етапі	Разом
1 етап	крем для рук захисний Дзетадерм	14	98	98
Підтримуючий ефект	крем для рук захисний Дзетадерм	7	7	105

Сама програма здійснювалася поетапно протягом 5 тижнів (основний курс), а потім виконувався підтримуючий курс. Захисні креми наносили двічі

(до початку робочої зміни та після обідньої перерви) тонким шаром на відкриті ділянки шкіри.

Нами розроблена схема № 2 корекції професійних захворювань шкіри, яка складається з наступних процедур:

– крем для рук та нігтів Biomains Age-delaying – 105 процедур (табл. 3.2.).

Таблиця 3.2.

Основні етапи корекції професійних захворювань шкіри схеми № 2

Етапи	Методика	К – сть процедур на тиждень	К – сть процедур на етапі	Разом
1 етап	крем для рук та нігтів Biomains Age-delaying	14	98	98
Підтримуючий ефект	крем для рук та нігтів Biomains Age-delaying	7	7	105

Сама програма здійснювалася поетапно протягом 5 тижнів (основний курс), а потім виконувався підтримуючий курс. Захисні креми наносили двічі (до початку робочої зміни та після обідньої перерви) тонким шаром на відкриті ділянки шкіри.

Таблиця 3.3.

Показники досліджуваної групи клієнтів до проведення курсу корекції професійних захворювань шкіри

№ п/п	Візуальне обстеження	Ротаційно – компресійний метод	Апаратні методи дослідження			
			pH	Корнеометрія	Себуметрія	
Досліджувана група клієнтів	1	сверблячі, червоні, щільні, покриті лусочками плями, бляшки, свербіж	тест негативний	7,4	49 од	40
	2	сверблячі, червоні, щільні, покриті лусочками плями, бляшки, свербіж	тест негативний	7,7	52 од	59
	3	сверблячі, червоні, щільні, покриті лусочками плями, бляшки, свербіж	тест негативний	7,5	63 од	48
	4	сверблячі, червоні, щільні, покриті лусочками плями, бляшки, свербіж	тест слабо позитивний	7,8	56 од	40

5	сверблячі, щільні, лусочками, бляшки, свербіж	червоні, покриті плями,	тест слабо позитивний	6,9	61 од	48
6	сверблячі, щільні, лусочками, бляшки, свербіж	червоні, покриті плями,	тест слабо позитивний	7,8	63 од	55
7	сверблячі, щільні, лусочками, бляшки, свербіж	червоні, покриті плями,	тест негативний	7,4	57 од	49
8	сверблячі, щільні, лусочками, бляшки, свербіж	червоні, покриті плями,	тест слабо позитивний	6,4	46 од	50
9	сверблячі, щільні, лусочками, бляшки, свербіж	червоні, покриті плями,	тест слабо позитивний	7,7	59 од	45
10	сверблячі, щільні, лусочками, бляшки, свербіж	червоні, покриті плями,	тест слабо позитивний	7,1	56 од	50
11	сверблячі, щільні, лусочками, бляшки, свербіж	червоні, покриті плями,	тест негативний	6,7	54 од	51
12	сверблячі, щільні, лусочками, бляшки, свербіж	червоні, покриті плями,	тест негативний	7,7	64 од	47
13	сверблячі, щільні, лусочками, бляшки, свербіж	червоні, покриті плями,	тест негативний	7,5	44 од	45

3.3. Результати, отримані після проведення схем корекції професійних захворювань шкіри в умовах косметологічної установи

В результаті профілактичного застосування дерматопротектора Дзетадерм і Biomains Age-delaying клінічне лікування досягнуто у 68,2% осіб з дерматитами, викликаними контактом з латексними рукавичками, значне поліпшення – у 15,9%, покращення – у 14%. Достовірні зміни показників рН-метрії свідчать про підвищення резистентності шкіри та ефективність застосування Дзетадерм та Biomains Age-delaying при професійній патології шкіри (табл. 3.4.).

Виходячи з отриманих результатів, ми можемо рекомендувати застосування Дзетадерм та Biomains Age-delaying як з лікувальною метою, так і для профілактики рецидивів у періоди ремісії захворювання.

В результаті оцінки ЯЖ було встановлено, що показники по всіх пунктах у хворих на професійні дерматози були нижчими, ніж у здорових осіб. Причому за деякими шкалами опитувальника MOS SF-36 ця різниця була дуже суттєвою: фізичне функціонування хворих у порівнянні з контрольною групою було знижено на 15-25%, рольове фізичне функціонування – на 38-50%, життєздатність – на 35-40%. Отримані дані демонструють, що хвороба негативно впливає не тільки на фізіологічні параметри, а й на фізичне, психологічне, емоційне та соціальне функціонування пацієнтів з професійними дерматозами. Ці зміни можуть бути виявлені та виміряні за допомогою оцінки показників КЖ хворого.

Аналіз даних, отриманих за допомогою спеціалізованого дерматологічного запитальника DSQL, продемонстрував значне зниження рівня ЯЖ хворих на професійні дерматози під впливом клінічних проявів захворювання. Вплив фізичних факторів на рівень ЯЖ значно у фазу загострення/ремісії, що стихає, проблеми, пов'язані з фізичними проявами дерматиту, є превалюючими. Істотний внесок у зниження ЯЖ у хворих на професійні дерматози вносить обмеження повсякденної активності.

У процесі дослідження було виявлено, що версія дерматологічного запитальника 08C>Б є високовалідною та відтворюваною щодо професійних захворювань шкіри і може бути використана для оцінки рівня ЯЖ таких хворих при неоднаковому ступені тяжкості перебігу захворювання. За допомогою даного підходу до початку лікування та в ході його можуть бути достовірно враховані особливості хронічної патології шкіри, пов'язані з професійною діяльністю та її вплив на показники психоемоційної сфери, працездатність, медико-соціальні та інші аспекти життя хворого.

У групі лікарів хірургічних спеціальностей, які контактують з латексними рукавичками, після застосування препарату Дзетадерм і Biomains

Age-delaying достовірно швидше ($p < 0,01$), ніж у контрольній групі, відзначалася редукція симптоматики контактного дерматиту. Подібна позитивна динаміка виражалася якісною зміною ступеня тяжкості шкірного процесу (з тяжких до легких ступенів). У контрольній групі (традиційна схема профілактики) усереднені значення індексу за відповідними шкалами після профілактичних заходів також знижувалися, проте покращення ЯЗ не мало такого вираженого характеру.

Результати, отримані після проведення курсу корекції професійних захворювань шкіри в умовах косметологічної установи

Після проведення схем корекції професійних захворювань шкіри у досліджуваної групи клієнтів спостерігаються наступні зміни (табл. 3.4.):

Таблиця 3.4.

Показники досліджуваної групи клієнтів після проведення курсу корекції професійних захворювань шкіри

№ п/п	Візуальне обстеження	Ротаційно – компресійний метод	Апаратні методи дослідження			
			pH	Корнеометрія	Себуметрія	
Досліджувана група клієнтів	1	Усунення плям, бляшок, свербіжу	тест негативний	5,3	52 од	53
	2	Усунення плям, бляшок, свербіжу	тест слабо позитивний	5,4	55 од	54
	3	Усунення плям, бляшок, свербіжу	тест негативний	5,4	55 од	58
	4	Усунення плям, бляшок, свербіжу	тест негативний	5,3	53 од	56
	5	Усунення плям, бляшок, свербіжу	тест негативний	5,3	51 од	56
	6	Усунення плям, бляшок, свербіжу	тест негативний	5,2	52 од	57
	7	Усунення плям, бляшок, свербіжу	тест негативний	5,2	56 од	58
	8	Усунення плям, бляшок, свербіжу	тест негативний	5,4	59 од	57
	9	Усунення плям, бляшок, свербіжу	тест негативний	5,3	57 од	58
	10	Усунення плям, бляшок, свербіжу	тест негативний	5,1	57 од	56
	11	Усунення плям, бляшок, свербіжу	тест негативний	5,2	52 од	55
	12	Усунення плям, бляшок, свербіжу	тест негативний	5,6	56 од	58
	13	Усунення плям, бляшок, свербіжу	тест негативний	5,8	52 од	53

Поліпшення клінічного стану шкіри у лікарів хірургічних спеціальностей, а також нормалізація біохімічних та імунологічних параметрів крові відбувається при використанні дерматопротекторів Дзетадерм та Biomains Age-delaying. У 68,2% пацієнтів, які користуються цим засобом, зникають ознаки шкірної патології, у 29,9% – настає часткова ремісія або невелике покращення, у 1,9% обстежуваних – відсутнє поліпшення стану. захисту. У лікарів хірургічних спеціальностей вміст В-лімфоцитів (CD20+-лімфоцитів) збільшено більшою мірою, ніж в інших групах обстежуваних.

Встановлено ефективність використання оцінки якості життя пацієнтів, які страждають на професійні дерматози, за допомогою запитань як загального (MOS SF-36), так і спеціального (DSQL) типів. Спеціалізований дерматологічний запитальник DSQL має достатню валідність, відтворюваність і чутливість щодо цієї групи хворих.

Оцінка якості життя за допомогою запитань показала ефективність профілактичних заходів у хворих з професійними захворюваннями шкіри, спричиненими різними факторами. Цей метод є інформативним етапом діагностики та профілактики професійних захворювань та може використовуватись при розробці протоколів лікувально-профілактичних заходів.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. На фармацевтичному підприємстві рекомендовано автоматизувати процеси транспортування та обробки сировини з використанням дистанційних пультів керування. Запропоновано підвищити контроль за станом повітря робочої зони, застосовувати сучасні вентиляційні та пиловловлюючі установки, регулярно проводити вимірювання основних параметрів виробничого мікроклімату; встановити теплоізоляцію або екранування нагрітих поверхонь обладнання, передбачити місцеву припливну вентиляцію на робочих місцях.

2. Запропоновано проводити систематичні медичні огляди, а також алергологічні та лабораторні дослідження на підприємствах, що мають виробничі шкідливості.

3. Працівникам фармацевтичної промисловості та медичному персоналу, які мають тривалий професійний контакт із препаратами, рекомендовано патогенетичне обґрунтований комплекс лікувально-профілактичних заходів та виключення контакту із зазначеними препаратами.

4. Лікарям хірургічних спеціальностей, які працюють в умовах тривалого контакту з латексними рукавичками, рекомендується проводити систематичне алергологічне та імунологічне обстеження. Запропоновано заходи щодо усунення одного з факторів ризику розвитку професійних дерматозів дисбактеріозу кишечника. Рекомендовано проведення періодичних оглядів, що дозволяє виявляти початкові стадії професійного контактного дерматиту та здійснювати відповідні профілактичні та лікувальні заходи. Складено схеми застосування дерматопротекторів Дзетадерм та Biomains Age-delaying, що зменшує частоту та тяжкість патологічних змін на шкірі, обумовлених дією латексних рукавичок.

5. Для проведення аналізу поточного та підсумкового контролю результативності профілактики професійних захворювань шкіри у працівників різних спеціальностей рекомендовано оцінку якості життя із застосуванням запитань як загального (MOS SF-36), так і спеціалізованого (DSQL) типу.

Висновки до розділу 3

1. На основі проаналізованих схем діагностики шкіри, був визначений перелік досліджень професійних захворювань шкіри.

2. Були досліджені склади інших косметичних схем по корекції професійних захворювань шкіри та вивченні різні методики, які застосовуються у сучасної косметології.

3. На основі досліджень були розроблені, впроваджені та досліджені схеми корекції професійних захворювань шкіри в умовах косметологічного закладу. Вибрані лікарські препарати, косметичні засоби, які виступатимуть у складі схем корекції професійних захворювань шкіри, які будуть надавати необхідний ефект.

3. Доведено, що розроблені нами 2 схеми корекції професійних захворювань шкіри ефективні.

4. Обґрунтовано доцільність проведення систематичних медичних оглядів, алергологічних та клініко-лабораторних обстежень осіб зайнятих у виробництві лікарських препаратів та медичних працівників онкологічних та гематологічних відділень.

5. У практику впроваджено проведення періодичних оглядів фахівців медицини, фармації та косметології з метою виявлення первинних ознак професійних дерматозів та проведення профілактичних та лікувальних заходів. Рекомендована схема застосування дерматопротекторів Дзетадерм та Biomains Age-delaying, що дозволяє значно зменшити частоту та тяжкість патологічних змін на шкірі, зумовлених дією латексних рукавичок.

6. Методи оцінки якості життя рекомендовані як один з провідних критеріїв визначення загального стану хворих на професійні дерматози та ефективність профілактичних заходів.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. Аналіз літературних джерел довів, що актуальною проблемою практичної косметології є розробка схем корекції професійних захворювань шкіри . Було встановлено, які фактори можуть впливати на утворення даних патологій шкіри.

2. Проведено аналіз сучасного стану ринку косметичних препаратів та апаратних методик для корекції професійних захворювань шкіри.

3. Наведені об'єкти дослідження, охарактеризовані апаратні методи діагностики шкіри, які використовувалися для діагностики професійних захворювань шкіри. Представлений комплекс косметичних засобів і методів діагностики, які використовували в ході дослідження запропонованих схем для корекції стану шкіри.

4. На основі проаналізованих схем діагностики шкіри, був визначений перелік досліджень яким повинні підвергатися схеми корекції професійних захворювань шкіри. Були досліджені склади інших косметичних схем корекції даної патології та вивчені активні речовини.

5. На основі досліджень були розроблені, впроваджені та досліджені схеми корекції професійних захворювань шкіри в умовах косметологічного закладу. Були вибрані речовини, які виступатимуть у складі препаратів корекції даного недоліку, які будуть надавати необхідний ефект.

6. Зменшення частоти та тяжкості патологічних змін на шкірі, обумовлених дією латексних рукавичок, відбувається при використанні дерматопротекторів Дзетадерм та Biomains Age-delaying.

7. Проведено оцінку якості життя клієнтів, які страждають на професійні дерматози, за допомогою запитань загального та спеціального типів, та продемонстровано її позитивну динаміку при проведенні профілактичних заходів.

8. Запропонований комплекс захисно-профілактичних засобів нормалізує значення рН шкіри кистей та запобігає розвитку професійної шкірної патології у робітників.

9. Вперше встановлено ефективність використання оцінки якості життя пацієнтів, які страждають на професійні дерматози, за допомогою запитань як загального (MOS SF-36), так і спеціального (DSQL) типів. Підтверджено валідність, відтворюваність та чутливість спеціалізованого дерматологічного запитальника та ОБС[^] щодо цієї групи хворих. За допомогою зазначених шкал вперше проведено комплексну оцінку ефективності профілактичних заходів у хворих з професійними захворюваннями шкіри, спричиненими різними факторами.

10. Доведено, що розроблені нами 2 схеми корекції професійних захворювань шкіри ефективні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бачурін, К. А. Бойко, І. П. Дмитренко, А. В. Василенко. – Запоріжжя: [ЗДМУ], 2020. – 146 с.
2. Біловол А. М. Медична косметологія : навч. посіб. для студентів вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / А. М. Біловол, С. Г. Ткаченко. — Вінниця : Нова книга, 2012. — 383 с.
3. Біловол А. М. Фізіотерапія в косметології : навч. посіб. / А. М. Біловол, С. Г. Ткаченко, Є. Г. Татузян. — Харків : ХНМУ, 2017. — 116 с.
4. Болотна Л. А. Дерматологія. Венерологія : підручник / Л. А. Болотна, В. С. Глушок, О. І. Денисенко ; за ред.: Святенко Т. В., Свистунова І. В. — Вінниця : Нова Книга, 2021. — 600 с.
5. Галникіна, С. О. Хвороби шкіри. Хвороби, що передаються статевим шляхом : підруч. для лікарів–інтернів та студентів, які навчаються за фахом "Дерматовенерологія", лікарів загальної практики – сімейної медицини та інших спеціалістів / С. О. Галникіна. – 2–ге вид., перероб. та допов. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2020. – 423 с.
6. Дерматологія та венерологія : навч. посіб. для підготовки студентів ЗВО мед. освітізі спец. "Медицина" з тем, які винесено для самостійної роботи / О. І. Денисенко [та ін.]. – Чернівці : БДМУ, 2019. – 166 с.
7. Дерматологія. Венерологія : атлас для студентів старших курсів ВНЗ, лікарів-інтернів, аспірантів, клініч. ординаторів, лікарів різних спеціальностей / О. І. Святенко та ін. ; за ред.: Т. В. Святенко, І. В. Свистунова. — Вінниця : Нова Книга, 2020. — 424 с.
8. Дерматологія. Венерологія: підручник / Болотна Л. А., Глушок В.С., Денисенко О.І.; за ред.: Святенко Т.В., Свистунова І.В. – Вінниця: Нова Книга, 2021. – 600 с.: іл..
9. Кілеєва О. П. Фітотерапія та лікарські косметичні засоби в дерматології та косметології : монографія / О. П. Кілеєва, О. П. Гудзенко, І. В. Бушуєва. — Запоріжжя : ЗДМУ, 2019. — 116 с.

10. Крайдашенко О. В. Клінічна косметологія : навч.-метод. посіб. для студентів фармац. ф-ту за спец. «Технологія парфумерно-косметичних засобів» заочної форми навчання для практич. занять та самоств. роботи / О. В. Крайдашенко, О. О. Свинтозельський, О. А. Михайлик. — Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. — 80 с.
11. Мавров І.І., Болотна Л.А., Дунаєва Г.А., Сербіна І.М. Практикум для самоствійної роботи лікарів-дерматовенерологів. — Харків: Прапор, 2006. — 142 с.
12. Савка Л. С. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : навч. посіб. (ВНЗ І—ІІІ р. а.) / Л. С. Савка, Л. І. Разінкова, О. І. Коцар ; за ред. Л.М. Ковальчука, О.В. Кононова. — 3-є вид., переробл. і допов. — Київ : Медицина, 2017. — 600 с.
13. Судник О. І. Ін'єкційна косметологія : посіб. з теорет. і практич. занять / О. І. Судник. — Львів : Кварт, 2022. 68 с.
14. Технологія косметичних засобів : підруч. для студентів вищ. навч. закладів / О. Г. Башура [та ін.] ; за ред. О. Г. Башури і О. І. Тихонова. — Харків : НФаУ ; Оригінал, 2017. — 552 с.
15. Федоровська, М. І. Теоретичне та експериментальне обґрунтування складу і технології лікарських косметичних засобів на основі рослинних субстанцій для трихології : автореферат дис. ... д-ра фармацевт. наук : 15.00.01 – технологія ліків, організація фармацевтичної справи та судова фармація / М. І. Федоровська ; Івано–Франків. нац. мед. ун–т, Нац. фармац. ун–т МОЗ України. – Харків, 2019. – 46 с.
16. Фізіотерапія в косметології : навч. посібник / А. М. Біловол, С. Г. Ткаченко, Є. Г. Татузян. – Харків : ХНМУ, 2017. – 116 с.
17. Bahcetepe N. The role of HLA antigens in the etiology of psoriasis. *Med. Glas. (Zenica)*. 2013. Vol. 10. P. 339–342.
18. Adini I., Adini A., Bazinet L., Watnick R.S., Bielenberg D.R., D'Amato R.J. Melanocyte pigmentation inversely correlates with MCP – 1

production and angiogenesis – inducing potential. *FASEB journal*. 2015. P. 662 – 670.

19. Bergheanu S. C., Bodde M. C., Jukeman J. W. Pathophysiology and treatment of atherosclerosis. *Neth Heart J*. 2017. Vol. 25. P. 231–242.

20. Bobyntsev I. The effect of acth – (4 – 7) – pgp peptide on lipid peroxidation in liver and activity of serum transaminases in rats under acute and chronic immobilization stress conditions. *Eksp. Klin. Farmakol*. 2015. Vol. 78, No 8. P. 18–21.

21. Chamoun A. Psoriasis and depression. *Rev. Med. Brux*. 2015. Vol. 36, No 1. P. 23–28.

22. Dreno B., Khammari A., Orain N., Noray C., Merial – Kieny C., Mery S., et al. ECCA grading scale: an original validated acne scar grading scale for clinical practice in dermatology. *Dermatology*. 2017. Vol. 214, No 1. P. 46–51.

23. Elsaie M.L. Hormonal treatment of acne vulgaris: an update. *Clinical, cosmetic and investigational dermatology*. 2016. Vol. 9, No 1. P. 241–248.

24. Garcia V.P. Sex Differences in High Sensitivity C – Reactive Protein in Subjects with Risk Factors of Metabolic Syndrome. *Arq. Bras. Cardiol*. 2016. Vol. 106, No 3. P. 182–187.

25. Ghodsi S.Z., Abbas Z., Abedeni R. Efficacy of oral itraconazole in the treatment and relapse prevention of moderate to severe seborrheic dermatitis: a randomized, placebo – controlled trial. *Am J Clin Dermatol*. 2015. Vol. 15, No 5. P. 431–437.

26. Gollnick H.P., Bettoli V., Lambert J., Araviiskaia E., Binic I., Dessinioti C., et al. A consensus – based practical and daily guide for the treatment of acne patients. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol*. 2016. Vol. 30, No 9. P. 1480–1490.

27. Grant – Kels J.M., Pellacani G., Longo C. Reflectance Confocal Microscopy Clinical Applications: The Skin from Inside. *Dermatol. Clin*. 2016. Vol. 34, No 4. P. 122 – 129.

28. Handel A.C., Miot L.D., Miot H.A. Melasma: a clinical and epidemiological review. *An. Bras. Dermatol.* 2014. Vol. 89, No 5. P. 771 – 782.
29. He L. Psoriasis decreases the anti – oxidation and anti – inflammation properties of highdensity lipoprotein. *Biochim. Biophys. Acta.* 2014. Vol. 1841, No 12. P. 1709 – 1715.
30. Hosthota A., Bondade S., Basavaraja V. Impact of acne vulgaris on quality of life and self – esteem. *Cutis.* 2016. Vol. 97, No 2. P. 121–124.
31. Hrehorów E. Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Derm. Venereol.* 2012. Vol. 92, No 1. P. 67–72.
32. Korman N.J. Relationship between psoriasis severity, clinical symptoms, quality of life and work productivity among patients in the USA. *J. Clin. Exp. Dermatol.* 2016. Vol. 41, No 5. P. 514 – 521.
33. Kothiwala S.K. Prevalence of metabolic syndrome and cardiovascular changes in patients with chronic plaque psoriasis and their correlation with disease severity: A hospitalbased cross – sectional study. *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.* 2016. Vol. 82, No 5. P. 510–518.
34. Muñoz Sanchez P.J. The effect of 670 – nm low laser therapy on herpes simplex type 1. *Photomed. Laser Surg.* 2012. Vol. 30, No 1. P. 37–40.
35. Papadavid K. Sleep apnea as a comorbidity in obese psoriasis patients: a cross – sectional study. Do psoriasis characteristics and metabolic parameters play a role? *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2013. Vol. 27. P. 820–826.
36. Papp K. Safety Surveillance for ustekinumab and other psoriasis treatments from the Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry (PSOLAR). *J. Drugs Dermatol.* 2015. Vol. 14, No 7. P. 706 – 714.
37. Psoriasis alters HDL composition and cholesterol efflux capacity / M. Holzer [et al.] // *J. Lipid Res.* – 2012. – Vol. 53, No 8. – P. 1618–1624.
38. Rahman R.S., Komy M.H.M., Bassiouny D.A., El – Tobshy S.A. Subcision versus 100% trichloroacetic acid in the treatment of rolling acne scars. *Dermatologic Surg.* 2016. Vol. 37, No 5. P. 626–633.

39. Salihbegovic E.M., Hadzigraphic N., Cickusic A.J. Psoriasis and metabolic syndrome. *Med. Arch.* 2015. Vol. 69, No 2. P. 85–87.
40. Sampogna F., Tabolli S., Abeni D. IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (IMPROVE) investigators. Living with psoriasis: prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life. *Acta Derm. Venereol.* 2012. Vol. 92, No 3. P. 299–303.
41. Schafer P. Apremilast mechanism of action and application to psoriasis and psoriatic arthritis. *Biochem Pharmacol.* 2012. Vol. 83, No 12. P. 1583 – 1590.
42. Schmitt J. Küster D. Correlation between Dermatology Life Quality Index (DLQI) scores and Work Limitations Questionnaire (WLQ) allows the calculation of percent work productivity loss in patients with psoriasis. *Arch. Dermatol. Res.* 2015. Vol. 307, No 5. P. 451–453.
43. Shenoy C., Shenoy M.M., Rao G.K. Dyslipidemia in Dermatological Disorders. *N. Am. J. Med. Sci.* 2015. Vol. 7, No 10. P. 421–428.
44. Sigurdardottir S.L. The role of the palatine tonsils in the pathogenesis and treatment of psoriasis. *Br. J. Dermatol.* 2013. Vol. 168, No 2. P. 237–242.
45. Singh V. Clinical Outcome of a Novel Anti – CD6 Biologic Itolizumab in Patients of Psoriasis with Comorbid Conditions. *Dermatol. Res. Pract.* 2016. P. 131 – 142.
46. Synthesis and biomedical applications of filled hydrogels / Barbiee Choudhary et al. // *Polymeric Gels* / ed. by: Kunal Pal. — *New Delhi*, 2018. — P. 283-302. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-102179-8.00011-9>.
47. Systems genetics in human endothelial cells identifies non-coding variants modifying enhancers, expression, and complex disease traits / Eshghi, A. et al. *Am. J. Hum. Genet.* 2020. Vol. 106. P. 748–763.
48. Trigatti B.L. Fuller M. HDL signaling and protection against coronary artery atherosclerosis in mice. *J. Biomed. Res.* 2015. Vol. 20. P. 30.

49. Uczniak S. Presence of selected metabolic syndrome components in patients with psoriasis vulgaris. *Postepy Dermatol. Alergol.* 2016. Vol. 33, No 2. P. 114–119.
50. Van Zuuren E.J, Fedorowicz Z., El – Gohary M. Evidence – based topical treatments for tinea cruris and tinea corporis: a summary of a Cochrane systematic review. *Br J Dermatol.* 2015. Vol. 172, No 3. P. 616 – 641.
51. Yang Y.W. Kang J.H., Lin H.C. Increased risk of psoriasis following obstructive sleep apnea: a longitudinal population–based study. *Sleep Med.* 2012. No 13. P. 285–289.

ДОДАТКИ



Міністерство
охорони здоров'я
України

Національний
фармацевтичний
університет



СЕРТИФІКАТ

Цим засвідчується, що

**Штибіна-Єсепчук О. І.,
Миргород В. С.,
Бобро С. Г.**

**Науковий керівник:
Башура О. Г.**

брав(ла) участь у роботі III Всеукраїнської
науково-практичної конференції
з міжнародною участю

**YOUTH
PHARMACY
SCIENCE**

Ректор НФаУ,
д. фарм. н., проф.



Алла КОТВИЦЬКА

7-8 грудня 2022 р.
м. Харків
Україна

Національний фармацевтичний університет

Факультет медико-фармацевтичних технологій
Кафедра косметології і ароматології
Ступінь вищої освіти другий магістерський
Спеціальність 226 Фармація, промислова фармація
Освітня програма Косметологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач(ка) кафедри
косметології і
ароматології доктор фарм.
наук, професор
Олександр БАШУРА
« _____ » _____ 2022 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ

Ольги Штибіної-Єсепчук

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Комплексна профілактика професійних захворювань шкіри»
керівник кваліфікаційної роботи: Максим АЛМАКАСВ, к.фарм.н., доцент
затверджений наказом НФаУ від «01 листопада» 2022 року № 239
2. Строк подання здобувачем вищої освіти кваліфікаційної роботи: грудень 2022 р.
3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: викладена на 56 сторінках машинопису і складається зі вступу, трьох розділів, списку використаних джерел, що містить 51 найменування, серед яких 32 – іноземна. Обсяг основного тексту 50 сторінки.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): збір даних літератури, щодо застосування поєднаних методик для отримання максимального результату при корекції професійних захворювань шкіри в умовах косметологічного закладу, досліджувати ефективність запропонованих схем корекції на різних етапах їх впровадження. Розробити схеми корекції професійних захворювань шкіри.
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень):
таблиць – 5, рисунків – 4.

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Ім'я, ПРІЗВИЩЕ, посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання Прийняв
1	Катерина ШМЕЛЬКОВА, доцент закладу вищої освіти кафедри КіА	04.04.22	04.04.22
2	Світлана Бобро, доцент закладу вищої освіти кафедри КіА	06.05.22	11.05.22
3	Катерина ШМЕЛЬКОВА, доцент закладу вищої освіти кафедри КіА	01.06.22	13.06.22
3	Світлана Бобро, доцент закладу вищої освіти кафедри КіА	06.06.22	14.06.22

7. Дата видачі завдання: «04.04.» 2022 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів кваліфікаційної роботи	Примітка
1	Узагальнення даних наукової літератури щодо проведення сучасних схем корекції професійних захворювань шкіри в умовах косметичного закладу. Оформлення розділу 1.	Квітень	Виконано
2	Визначення об'єктів та методів дослідження. Оформлення розділу 2.	Травень	Виконано
3	Дослідження та опробування схем корекції професійних захворювань шкіри в умовах косметичного закладу. Оформлення розділу 3.	Травень-листопад	Виконано
4	Розробка, впровадження та дослідження ефективності схем корекції професійних захворювань шкіри в умовах косметичного закладу. Оформлення розділу 3.	Травень-листопад	Виконано
5	Оформлення магістерської роботи.	Грудень	Виконано
6	Оформлення документів до захисту.	Січень	Виконано

Здобувач вищої освіти

_____ Ольга Штибіна-Єсепчук

Керівник кваліфікаційної роботи

_____ Максим АЛМАКАЄВ

ВИТЯГ З НАКАЗУ № 239
по Національному фармацевтичному університету
від 01 листопада 2022 року

Затвердити тему, керівника та рецензента кваліфікаційної роботи здобувачу вищої освіти заочної форми навчання факультету медико-фармацевтичних технологій НФаУ 2023 року випуску:

№ з/п	Прізвище, ім'я по батькові здобувача вищої освіти	Тема кваліфікаційної роботи (українською мовою)	Тема кваліфікаційної роботи (англійською мовою)	Керівник кваліфікаційної роботи	Рецензент кваліфікаційної роботи
6.	Штибіна-Сеспчук Ольга Іванівна	«Комплексна профілактика професійних захворювань шкіри»	"Comprehensive prevention of occupational illnesses"	доц. Алмакаєв М.С.	проф. Кононенко Н.М.

ПІДСТАВА: службова записка завідувача кафедри про затвердження теми кваліфікаційної роботи, керівника та рецензента.

З оригіналом згідно:

Декан факультету медико-фармацевтичних технологій _____



О.І. Набока



ВИСНОВОК

Комісії з академічної доброчесності про проведену експертизу щодо академічного плагіату у кваліфікаційній роботі здобувача вищої освіти

№ 110475 від «22» грудня 2022 р.

Проаналізувавши випускну кваліфікаційну роботу за магістерським рівнем здобувача вищої освіти заочної форми навчання Штибіної-Єсепчук Ольги Іванівни, 2 курсу, _____ групи, спеціальності 226 Фармація, промислова фармація, на тему: «Комплексна профілактика професійних захворювань шкіри / Comprehensive prevention of occupational illnesses», Комісія з академічної доброчесності дійшла висновку, що робота, представлена до Екзаменаційної комісії для захисту, виконана самостійно і не містить елементів академічного плагіату (копіляції).

Голова комісії,

**професор
ВЛАДИМИРОВА**



Інна

6%

10%

ВІДГУК

наукового керівника на кваліфікаційну роботу другого (магістерського) ступеня вищої освіти спеціальності 226 Фармація, промислова фармація Ольги Штибіної-Єсепчук

на тему: «Комплексна профілактика професійних захворювань шкіри»

Актуальність теми. Серед професійних захворювань важливе місце займає патологія шкіри, яка, як зовнішній бар'єр організму, першою реагує на хвороботворні фактори зовнішнього середовища. Однак діагностика шкірних хвороб утруднена внаслідок суб'єктивності сприйняття спеціалістом ознак хвороби та індивідуальних особливостей прояву захворювань. Залишається актуальною і проблема моніторингу стану шкіри в процесі терапії, тому пошуки оптимальних способів об'єктивного дослідження патологічних змін у шкірі продовжуються. Важливим є виявлення ризику розвитку захворювань шкіри в осіб різних професій та розробка методів їхньої профілактики.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість. Проведено аналіз даних наукової літератури щодо проведення та обґрунтування розробки, впровадження та дослідження ефективності схем корекції професійних захворювань шкіри в умовах косметичного закладу.

Оцінка роботи. Випускна кваліфікаційна магістерська робота виконана на достатньо високому науковому рівні. Результати експериментів статистично оброблені та представлені у роботі у вигляді таблиць та рисунків. Висновки узагальнено, що є логічним завершенням теоретичних експериментальних досліджень.

Загальний висновок та рекомендації про допуск до захисту. Випускна кваліфікаційна магістерська робота Ольги Штибіної-Єсепчук відповідає усім вимогам, що висуваються до магістерських робіт, і може бути представлена до захисту у Екзаменаційну комісію Національного фармацевтичного університету.

Науковий керівник
06.12.2022 р.

Максим АЛМАКАЄВ

РЕЦЕНЗІЯ

на кваліфікаційну роботу другого (магістерського) ступеня вищої освіти спеціальності 226 Фармація, промислова фармація

Ольги Штибіної-Єсепчук

на тему: «Комплексна профілактика професійних захворювань шкіри»

Актуальність теми. Серед професійних захворювань важливе місце займає патологія шкіри, яка, як зовнішній бар'єр організму, першою реагує на хвороботворні фактори зовнішнього середовища. Однак діагностика шкірних хвороб утруднена внаслідок суб'єктивності сприйняття спеціалістом ознак хвороби та індивідуальних особливостей прояву захворювань. Залишається актуальною і проблема моніторингу стану шкіри в процесі терапії, тому пошуки оптимальних способів об'єктивного дослідження патологічних змін у шкірі продовжуються. Важливим є виявлення ризику розвитку захворювань шкіри в осіб різних професій та розробка методів їхньої профілактики.

Теоретичний рівень роботи. Базуючись на літературних даних, автором обґрунтована доцільність розробці, впровадження та ефективності схем корекції професійних захворювань шкіри в умовах косметологічного закладу, що дозволить поповнити методи корекції даної патології.

Пропозиції автора з теми дослідження. В якості схем корекції професійних захворювань шкіри запропоновані курси використання кремів для рук та нігтів та інші схеми корекції даного стану.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість. Наукові положення, висновки і рекомендації, сформульовані у роботі, базуються на експериментальних даних і логічно витікають з отриманих результатів.

Недоліки роботи. По тексту зустрічаються граматичні помилки та невдалі вирази.

Загальний висновок і оцінка роботи. Випускна кваліфікаційна магістерська робота Ольги Штибіної-Єсепчук по результатам досліджень і виконаному об'єму може бути представлена до захисту у Екзаменаційну комісію НФаУ.

Рецензент _____

проф. Надія КОНОНЕНКО

17.12. 2022 р.

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Витяг з протоколу
засідання кафедри косметології і аромології НФаУ
№ 5 від 15 грудня 2022 року**

Голова: завідувач кафедри, доктор фарм. наук, проф. Башура О.Г.

Секретар: доц. Мартинюк Т.В.

ПРИСУТНІ: зав. каф., проф. Башура О.Г., проф. Філіпцова О.В., доц. Кран О.С., доц. Мартинюк Т.В., доц. Шмелькова К.С., доц. Петровська Л.С., доц. Алмакаєв М.С., ас. Миргород В.С.

ПОРЯДОК ДЕННИЙ:

1. Про представлення до захисту в Екзаменаційну комісію кваліфікаційних робіт здобувачів вищої освіти випускного курсу НФаУ 2023 року випуску

СЛУХАЛИ: Про представлення до захисту в Екзаменаційній комісії кваліфікаційної роботи на тему: «Комплексна профілактика професійних захворювань шкіри» здобувача вищої освіти випускного курсу НФаУ 2023 року випуску Ольги ШТИБІНОЇ-ЄСЕПЧУК

Науковий (-ві) керівник (-ки) доц. Максим АЛМАКАЄВ

Рецензент проф. Надія КОНОНЕНКО

УХВАЛИЛИ: Рекомендувати до захисту кваліфікаційну роботу здобувача вищої освіти 2 курсу 01a групи Ольги ШТИБІНОЇ-ЄСЕПЧУК

(прізвище, ім'я)

на тему: «Комплексна профілактика професійних захворювань шкіри»

Голова

завідувач кафедри,
доктор фарм. наук, проф.

(підпис)

Олександр БАШУРА

Секретар

доцент

(підпис)

Тетяна МАРТИНЮК

НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ПОДАННЯ ГОЛОВІ ЕКЗАМЕНАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ ЩОДО ЗАХИСТУ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Направляється здобувач вищої освіти Ольга Штибіна-Єсепчук до захисту кваліфікаційної роботи

за галуззю знань 22 Охорона здоров'я
спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація
освітньою програмою Косметологія

на тему: «Комплексна профілактика професійних захворювань шкіри»

Кваліфікаційна робота і рецензія додаються.

Декан факультету _____ / доктор біологічних наук, проф. Ольга
НАБОКА /

Висновок керівника кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти Ольга Штибіна-Єсепчук в процесі роботи встановила загальні напрямки корекції професійних захворювань шкіри в умовах косметичного закладу. Автором був обґрунтований високий рівень розповсюдженості професійних захворювань шкіри, що призводять до розвитку ускладнень та наносять значну шкоду психоемоційному стану людини та розроблені схеми корекції захворювання шкіри. Ольга Штибіна-Єсепчук допускається до захисту даної випускної кваліфікаційної магістерської роботи в Екзаменаційній комісії НФаУ.

Керівник кваліфікаційної роботи _____ Максим АЛМАКАЄВ
«17» грудня 2022 р.

Висновок кафедри про кваліфікаційну роботу

Кваліфікаційну роботу розглянуто. Здобувач вищої освіти Ольга Штибіна-Єсепчук допускається до захисту даної кваліфікаційної роботи в Екзаменаційній комісії.

Завідувач(ка) кафедри
косметології і ароматології _____

Олександр БАШУРА

«24» грудня 2022 року

Кваліфікаційну роботу захищено

у Екзаменаційній комісії

« ____ » _____ 2023 р.

З оцінкою _____

Голова Екзаменаційної комісії,

професор доктор медичних наук, професор

_____ / Наталія БЕЗДІТКО /