

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
факультет медико-фармацевтичних технологій
кафедра фармакології та клінічної фармації**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: «ОПТИМІЗАЦІЯ ВИБОРУ ЛІКУВАЛЬНО-КОСМЕТИЧНИХ
ЗАСОБІВ ДЛЯ ДОГЛЯДУ ЗА ШКІРОЮ ПРИ СЕБОРЕЙНОМУ
ДЕРМАТИТІ ВОЛОСИСТОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ»**

Виконала: здобувачка вищої освіти

групи ТПКЗм20(4,10д)-01

спеціальності: 226 Фармація, промислова
фармація освітньої програми «Технології
парфумерно-косметичних засобів»

Софія КОФАНОВА

Керівник: доцент закладу вищої освіти
кафедри фармакології та клінічної фармації,
к.мед.н., доцент

Оксана РЯБОВА

Рецензент: доцент закладу вищої освіти
кафедри клінічної лабораторної діагностики,
мікробіології та біологічної хімії, к.мед.н.,
доцент

Ганна ЛИТВИНЕНКО

Харків – 2025 рік

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота присвячена оптимізації вибору лікувально-косметичних аптечних засобів та косметичних засобів для догляду за шкірою при себорейному дерматиті волосистої частини голови. У роботі здійснено комплексний аналіз етіології та патогенезу себорейного дерматиту, його клінічних проявів, а також оцінено сучасні підходи до лікування. Проведено анкетне дослідження серед респондентів щодо виникнення себорейного дерматиту, його проявів, методів лікування та догляду за шкірою при себорейному дерматиті, на підставі якого були розроблені практичні рекомендації. Загальний обсяг роботи складає 50 сторінок. Робота містить вступ, 4 розділи, 2 таблиці, 19 рисунків, 40 наукових джерел літератури та додатки.

Ключові слова: себорейний дерматит, волосиста частина голови, лікувально-косметичні засоби, косметичні засоби, анкетування, косметологічні процедури, догляд за шкірою.

ANNOTATION

The qualification work is dedicated to the optimization of the selection of medicinal and cosmetic products available in pharmacies and cosmetics for the care of skin affected by seborrheic dermatitis of the scalp. The work includes a comprehensive analysis of the etiology and pathogenesis of seborrheic dermatitis, its clinical manifestations, and an evaluation of modern treatment approaches. A survey was conducted among respondents regarding the occurrence of seborrheic dermatitis, its manifestations, treatment methods, and skincare practices for seborrheic dermatitis, based on which practical recommendations were developed. The total volume of the work is 50 pages. The work contains an introduction, 4 chapters, 2 tables, 19 figures, 40 scientific literature sources, and appendices.

Keywords: seborrheic dermatitis, scalp, medicinal and cosmetic products, cosmetics, survey, cosmetic procedures, skincare

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	5
ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ. СЕБОРЕЙНИЙ ДЕРМАТИТ ВОЛОСИСТОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ	9
1.1 Визначення, етіологія, патогенез, класифікація себорейного дерматиту	9
1.2 Клінічні прояви себорейного дерматиту.....	12
1.3 Сучасні підходи до лікування себорейного дерматиту	14
Висновки до розділу 1	16
РОЗДІЛ 2. ЛІКУВАЛЬНІ ТА КОСМЕТИЧНІ ЗАСОБИ У БОРОТЬБІ З СЕБОРЕЙНИМ ДЕРМАТИТОМ ВОЛОСИСТОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ	18
2.1 Діючі речовини, які впливають на відновлення шкіри голови при себорейному дерматиті.....	18
2.2 Аналіз лікувально-косметичних засобів аптечного асортименту та косметичних продуктів мас маркету, що застосовують для лікування себорейного дерматиту	20
Висновки до розділу 2.....	25
РОЗДІЛ 3. АНКЕТУВАННЯ РЕСПОНДЕНТІВ ЩОДО ПРОБЛЕМИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТУ ВОЛОСИСТОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ	27
3.1 Розробка анкети щодо вивчення проблеми себорейного дерматиту.....	27
3.2 Результати анкетування респондентів та їх візуалізація.....	28
3.3. Аналіз результатів опитування респондентів	39
Висновки до розділу 3.....	41
РОЗДІЛ 4. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ДОГЛЯДУ ЗА ШКІРОЮ ІЗ СЕБОРЕЙНИМ ДЕРМАТИТОМ ВОЛОСИСТОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ	43
Висновки до розділу 4.....	47
ВИСНОВКИ	49

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	51
ДОДАТКИ	56

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АФІ	—	активний фармацевтичний інгредієнт
БАР	—	біологічно активні речовини
ГА	—	гіперандрогенія
ДУФ	—	довгохвильове ультрафіолетове випромінювання
КМ	—	кишкова мікробіота/ кишкова мікрофлора
КУФ	—	короткохвильове ультрафіолетове випромінювання
ЛЗ	—	лікарські засоби
ЛФ	—	лікарська форма
СД	—	себорейний дерматит
СД ВЧГ	—	себорейний дерматит волосистої частини голови
СУФ	—	середньохвильове ультрафіолетове випромінювання
УФО	—	ультрафіолетове опромінювання
ШКТ	—	шлунково-кишковий тракт
АТС	—	Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification System

ВСТУП

Актуальність теми. Себорейний дерматит (СД) одне із найпоширеніших дерматологічних захворювань, при якому уражається шкіра волосистої частини голови (ВЧГ), обличчя та тулуба. СД є актуальною медичною та естетичною проблемою сьогодення, що обумовлено частотою захворюваності на СД серед населення, хронічним рецидивним перебігом з частими періодами загострення, складним багатofакторним етіопатогенезом, що вимагає від фахівців ретельного обстеження пацієнтів для виявлення причин захворювання та індивідуального підходу у виборі засобів для лікування та догляду за шкірою.

На сьогоднішній день представлено широкий асортимент лікарських засобів (ЛЗ) та косметичної продукції для лікування та догляду за шкірою у разі СД. Однак їх ефективність залежить від правильності вибору засобів, враховуючи тип шкіри, форму тяжкості СД та інші супутні фактори.

Отже, оптимізація вибору аптечних лікувально-косметичних засобів та косметичних засобів для догляду за шкірою при СД ВЧГ дозволить швидше досягти ремісії та продовжити її, що значно поліпшить якість життя пацієнтів з СД.

Метою дослідження є оптимізація вибору аптечних лікувально-косметичних засобів та косметичних засобів для догляду за шкірою при СД ВЧГ.

Завдання дослідження.

1. Проаналізувати етіологічні чинники, патогенез, клінічні прояви та сучасні підходи до лікування СД.
2. Дослідити діючі речовини лікувально-косметичних засобів та косметичних засобів для лікування та догляду за шкірою при СД та здійснити порівняльний аналіз засобів лікувально-косметичних засобів аптечного асортименту та косметичних засобів.

3. Розробити анкету щодо поширеності СД, його проявів та догляду за шкірою у разі СД та провести анкетне онлайн-опитування різних вікових груп населення.

4. Узагальнити отримані результати дослідження та розробити практичні рекомендації щодо догляду за шкірою при СД ВЧГ.

Об'єкт дослідження: вибір лікувально-косметичних засобів аптечного асортименту та косметичних засобів для догляду за шкірою при СД ВЧГ.

Предмет дослідження. лікувально-косметичні засоби аптечного асортименту, косметичні засоби, що застосовуються для лікування та догляду за шкірою при СД ВЧГ.

Методи дослідження. У даній кваліфікаційній роботі було використано теоретичний аналіз, який включав вивчення наукової літератури, статей, публікацій, клінічних протоколів і класифікацій ЛЗ. Соціологічний метод включав проведення онлайн-анкетування, яке дало можливість вивчити особистий досвід пацієнтів із СД, їх звички догляду та лікування. Окрім теоретичного аналізу, проведено практичний аналіз, який охоплював узагальнення ефективності засобів, які представлені на ринку, та формування рекомендацій домашнього догляду, косметологічних процедур та лікування.

Практичне значення одержаних результатів. Результати дослідження можуть бути корисними і використаними у практиці фармацевтів, дерматологів, трихологів, косметологів та для самих пацієнтів при здійсненні догляду за шкірою. Розроблені практичні рекомендації дозволять оптимізувати вибір лікувально-косметичних аптечних та косметичних засобів для догляду за шкірою при СД ВЧГ, що сприятиме ефективному лікуванню, досягненню ремісії, її подовженню та поліпшенню якості життя пацієнтів з СД.

Елементи наукових досліджень. У кваліфікаційній роботі представлений аналіз етіології та патогенезу СД, систематизовані активні діючі речовини, розроблена анкета (Додаток А) та проведено соціологічне

дослідження шляхом онлайн анкетування, сформовані практичні рекомендації щодо догляду за шкірою при СД ВЧГ.

Апробація результатів дослідження і публікації. Результати дослідження кваліфікаційної роботи було представлено у вигляді тез доповідей в матеріалах XXXI Міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених та студентів «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ» (23-25 квітня 2025 р., м. Харків) (Додаток Б) та отримано Сертифікат учасника конференції (Додаток В).

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота починається зі вступу, де обґрунтовано актуальність проблеми СД, визначено мету, завдання та методологію дослідження. Робота складається з 4 розділів. У першому розділі представлено огляд літератури щодо етіології, патогенезу, клінічних проявів та підходів до лікування СД. У другому розділі проаналізовані основні групи діючих речовин лікувальних та косметичних засобів та особливості їх застосування. Третій розділ включає результати анкетування, в якому розглянуто питання щодо поширеності СД серед населення, практики догляду за шкірою респондентів та проблеми, з якими вони стикаються. Четвертий розділ включає практичні рекомендації щодо вибору лікувально-косметичних аптечних та косметичних засобів для догляду за шкірою ВЧГ, косметологічних процедур для покращення якості шкіри та додаткові рекомендації щодо харчування та способу життя. Загальний обсяг роботи складає 50 сторінок. Робота містить 2 таблиці, 19 рисунків, 40 джерел наукової літератури та 3 додатки.

РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ. СЕБОРЕЙНИЙ ДЕРМАТИТ ВОЛОСИСТОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ

1.1 Визначення, етіологія, патогенез, класифікація себорейного дерматиту

Себорейний дерматит — хронічне запальне захворювання шкіри, що виникає внаслідок порушення роботи сальних залоз. До того ж це захворювання може мати рецидиви. Ділянки шкіри, які уражаються при СД, різноманітні: ВЧГ, за вухами, на обличчі (чоло, скроні, носові складки), на тілі (грудній клітині, між лопатками) [1, 4].

Однією із причин виникнення СД є гормональні порушення, при яких змінюється регуляція виділення шкірного сала (себуму). Зниження рівня естрогенів при одночасному підвищенні андрогенів спричиняє гіперандрогенію (ГА), що у свою чергу активує сальні залози. На виділення себуму впливають гормони кори надниркових залоз, гіпофізу та гіпоталамусу, а також статеві гормони, що впливають на рецептори, розташовані на себоцитах. Стресові ситуації, фізичне навантаження, психоемоційний стан, вплив ЛЗ, які приймає пацієнт, несприятливі екологічні умови також можуть сприяти дисбалансу гормонів [2, 4].

Підвищену захворюваність на СД виявляють серед пацієнтів, які мають ВІЛ-інфекцію, хворобу Паркінсона, хворобу Альцгеймера. При цих захворюваннях прояви СД починають проявлятися більш гостро і виникають значні ділянки ураження шкіри. Усі ці фактори, які можуть бути явними або прихованими, часто стають додатковими причинами виникнення та розвитку СД [4, 5, 27].

Порушення з боку імунної системи вважаються важливими чинниками у патогенезі СД. За нормальної роботи імунної системи умовно-патогенні мікроорганізми на шкірі не викликають патологічних змін. Однак, при її зниженні, відбувається активізація мікрофлори, що сприяє розвитку запальних процесів і мікозів, зокрема СД [4, 5, 26].

У 1874 році французький анатом і гістолог припустив зв'язок між СД та патогенними грибами, такими як ліпофільні дріжджі з роду *Malassezia*, що здатні метаболізувати жирні сполуки у шкірному салі. Вони є частиною нормальної мікрофлори людини, але при певних умовах впливу можуть стати патогенними.

У пацієнтів, котрі страждають на вегетативний дисбаланс, мають підвищене виділення шкірного сала, пітливість, гриби можуть бути причиною шкірних захворювань, таких як СД. Поява цих дріжджів стимулює виділення жирних кислот, які стають причиною запалення шкіри [3].

Окрім ліпофільних дріжджів роду *Malassezia*, у ділянках ураження шкіри виявляються *S. epidermidis*, *S. saprophyticus*, *Propionibacterium spp*, однак, ці мікроорганізми перебувають у менш активному стані, ніж гриби [3, 4, 12].

Через деякий час були проведені дослідження, які зробили більш точну ідентифікацію збудника СД під назвою *Pityrosporum ovale* (сучасна наукова назва *Malassezia furfur*). Саме овальні види цього грибка виявляються на шкірі ВЧГ, тоді як, наприклад, круглі форми локалізуються на шкірі тіла. Ці види ліпофільних грибів розташовуються навколо сальних залоз і, як наслідок, живляться їх виділеннями і розвиваються [3].

Зміна імунітету пацієнта, який страждає на СД, тільки підкріплює ствердження про інфекційну причину і про патологічний розвиток [4].

Ще одна причина, яка впливає на появу СД — це генетичні чинники. СД не являється спадковою хворобою, але існують дані про гени, котрі впливають на розвиток сальних залоз і на їх пряму функцію. У кожної людини в геномі із 30 тисяч генів мінімум до 10 дефектних, які і будуть впливати на схильність до розвитку будь-яких патологій. Дивлячись на цю причину, безумовно, можна знайти зв'язок з тяжкістю клінічного проявлення СД [4, 6, 7].

Нервова система також відіграє роль у патогенезі СД. За участі нервової системи у людини запускається та сама діяльність дефектних генів, про які наводилось вище. Стресові фактори, емоційне напруження та порушення сну

можуть спричинити або погіршити перебіг СД через активацію відповідних генетичних механізмів. При лікуванні СД потрібно усувати і психологічну причину, яка посприяла виникненню хвороби. Тому що, у однієї частини пацієнтів стрес стає причиною виникнення захворювання, а у іншій — саме загострення хвороби стає стресовим фактором, що в результаті погіршує стан хворого [4, 8, 9, 26].

Органи травлення так само мають зв'язок зі шкірою людини, в них є схожість між собою: в обох є бар'єрні функції та формуються імунні відповіді до подразника. Враховуючи те, що шкіра людини є сигнальною системою, яка відображає стан організму, її стан може погіршуватись, і причиною цього можуть бути порушення органів травлення або у шлунково-кишковому тракті (ШКТ) та запаленні шкіри може бути спільний етіологічний фактор [4].

Кишкова мікрофлора (КМ) впливає на енергетичний гомеостаз, відповідно до розщеплення мікробами білку та ферментів буде утворюватися більшість мікробів. Аналіз КМ у хворих на СД показує зниження кількості в ній лакто- та біфідобактерій, утворення дисбіозу.

Якщо провести кількісний і якісний аналіз КМ, то можна виявити, що ступень тяжкості СД залежить від того, наскільки багато мікробіологічних проблем в організмі, наскільки цей дерматоз тривалий. Згідно аналізу встановлено, що при легкій формі СД у більшості пацієнтів спостерігається еубіоз і дисбактеріоз, обидва I ступеня, при помірному ступеню тяжкості СД майже однаково часто виявлено дисбіоз I і II ступенів, а ось при тяжкому СД частіше фіксується дисбіоз III ступеню, ніж II. Можна зробити висновок, що чим тяжче дисбіоз кишківника у людини, тим більше буде ступінь ураження шкіри.

Вітамін Д впливає на організм людини, посилюючи протимікробний захист, робить більш активним утворення антимікробних пептидів, які мають імуномодулюючу активність, нейтралізують нейротоксин, захищають від великого спектра мікроорганізмів. При недостатності вітаміну Д у хворих виявляється помірний ступінь тяжкості СД, незапальні плями на шкірі, на ВЧГ

активізація грибів роду *Malassezia*. Якщо виявлено дефіцит вітаміну Д, буде діагностований тяжкий і запальний ступінь хвороби. В цьому випадку уражених зон може бути декілька: обличчя, ВЧГ, тіло.

Окрім вітаміну Д, відіграє роль у виникненні СД і дефіцит цинку. Цинк впливає на більшість біологічних процесів, в випадку шкіри він посилює її цілісність і відповідає за імунні реакції [10, 11, 19].

Важливим чинником є наявність алергічних реакцій у пацієнта. СД буде супроводжуватись полівалентною сенсibiliзацією до ЛЗ, які приймає пацієнт, і до харчових алергенів [7].

Не менш впливовішим фактором виникнення СД є вітамінна недостатність. Біотин (B_7) — вітамін, недостатність якого виникає без раціонального харчування і, звичайно, якщо у пацієнта є супутні захворювання травної системи. Дефіцит вітаміну B_7 може бути результатом як генетичного впливу, дисбактеріозу, атрофічних процесів в ШКТ, так і виникати через екзогенні причини, що викликані самою людиною, наприклад, незбалансоване харчування, жорсткі і нераціональні дієти, вживання продуктів із консервантами, застосування ЛЗ [15].

Дуже часто перебіг хвороби може погіршуватися в холодну пору року, через сухе повітря. У деякої частини пацієнтів сонячне випромінювання, вітамін Д буде призводити до покращення стану шкіри, а у інших — навпаки, провокує загострення [4, 11].

1.2 Клінічні прояви себорейного дерматиту

Необхідно зазначити, що найчастіше СД виникає на фоні порушення вироблення естрогенів і андрогенів, зокрема в період статевого дозрівання. Основні прояви на шкірі та її придатках — гіперсекреція сальних залоз, поява гіперкератозу, що виявляється на ділянках волосяних фолікулів через закупорку сальних залоз [7]. Ураження ВЧГ при СД починається в зоні лоба, а саме, вздовж лінії росту волосся, також характерне ураження зони носогубної складки, перенісся, ділянки вушної раковини, брів та вій. Може

розповсюджуватися на тілі і зовнішніх статевих органах. Згідно наукових досліджень, 70,3 % становить частота виникнення СД на ВЧГ, 88,7 % — на шкірі обличчя і 26,8 % — на тілі.

Клінічними проявами є лущення, поява лусочок на шкірі, свербіж і почервоніння. Виникають червоно-жовті плями, які іноді бувають з бурим відтінком, папули з чіткими межами. При цьому може бути лущення. В зонах складок (вушних, під молочними залозами, під пахвами) і в ділянці ВЧГ проявляється ексудація, з'являються тріщини, і утворюються кірки. Паралельно з цим посилюється свербіж, особливо при надмірному пото- та саловиділенні. Якщо пошкодити цілісність шкіри при затяжній тривалості СД може розвинути вторинна інфекція. І, як відомо, будь які негативні зміни на шкірі впливають на емоційний стан людини [1, 5, 15].

Існує декілька видів себореї.

1. Жирна себорея. Вона може бути рідка або густа.

Рідка жирна себорея. Частіше за всіх вона може виявлятися у дівчат, зазвичай в період статевого дозрівання. Спостерігається ураження шкіри носогубної ділянки, ділянка грудей і ВЧГ. Через те, що в цей період виникає гормональний дисбаланс, збільшується виділення шкірного сала. Волосся набуває жирного вигляду, відмічається блиск волосся, яке склеюється. Шкіра, на який з'являється СД, стає грубою, рельєфною, на ній починають утворюватися жирні лусочки. Пацієнтів турбує свербіж, стягнутість шкіри на ділянках висипу. Паралельні клінічні ознаки — розширяються пори, які закупорюються виділенням шкірним салом. При СД можливі ускладнення у вигляді піодермії (гнійне запалення шкіри) та випадіння волосся.

Густа жирна себорея. Цей вид жирної себореї частіше розвивається у хлопців приблизно у віці 16-20 років. Стан шкіри щільний, вона нееластична, на ній безліч розширених пор з сальними пробками, колір шкіри тьмянний. Волосся за станом огрубіле, жорстке, і на шкірі спостерігаються лусочки. В цьому випадку ускладнення можуть бути такими, як поява вугрів, формування атером, піодермія [10].

2. Суха себорея. Розвивається у дітей до початку статевого дозрівання. На ВЧГ виникають лущення з темно-сірим забарвленням. Спочатку стан шкіри не міняється, а з часом шкіра стає гіперемійована. У більшості випадків страждають люди зі світлим волоссям. Локалізація ураження — себорейні ділянки обличчя, ВЧГ, спини або грудей. В зоні розгинальних частин і бічних поверхонь тіла виявляються дрібні лусочки. Стан волосся погіршується, волосся стає сухим, ламким, спостерігається лущення шкіри ВЧГ, суб'єктивно пацієнти відчують свербіж. Виділення шкірного салу (себуму) мають густу консистенцію. На обличчі з'являються плями рожевого кольору із білим лущенням. На шкірі ВЧГ лусочки більш дрібні. У випадку подразнення уражених ділянок СД може бути ексудація, коли ексудат висихає, то утворюються жовті кірки.

3. Змішана себорея. Комбінація проявів жирної себореї обличчя із сухою себореєю на шкірі ВЧГ або рідка жирна себорея на обличчі та густа жирна себорея з локалізацією на шкірі ВЧГ.

Слід зазначити, що перебіг СД хронічний, відбувається загострення восени та взимку [1].

1.3 Сучасні підходи до лікування себорейного дерматиту

Терапевтичне лікування СД передбачає застосування етіотропної, патогенетичної і місцевої терапії [16].

Лікування при цьому захворюванні має бути тривалим і постійно підтримуючим. Рекомендують вітамінний комплекс групи В (В₂, В₆, В₁₂), цинковмісні препарати і біостимулятори.

У разі ураження СД шкіри ВЧГ додатково використовують спеціалізовані шампуні. У випадку жирної себореї, ураження шкіри обробляють спиртовим розчином саліцилової кислоти або розчином резорцину, настоянкою календули [1].

Місцево призначають кортикостероїдні мазі, які впливають на запальні процеси при СД. Також використовують комбіновані стероїдні мазі, які

містять протигрибковий компонент. Це обумовлено патогенетичною роллю ліпофільних дріжджів роду *Malassezia*. Оскільки такі препарати впливають на структуру грибів, а саме на клітинну мембрану, і регулюють рівень виділення ергостеролу. Коли рівень ергостеролу зменшується, відповідно усі процеси порушуються і клітина гине. Топічні кортикостероїдні препарати мінімізують виділення біологічно активних речовин (БАР) та активують апоптоз лімфоцитів, відповідно до цього запальні процеси усуваються [1, 4].

Мають вплив і ефіри деяких олій в процесі лікування СД. Наприклад, евкалипту, рицину, розмарину, чебрецю та інші, які активують антиоксидантну, антимікробну та регенеративну дію проти інфекційних мікроорганізмів, які впливають на шкіру [4, 16].

Пацієнтам із СД, які страждають в місцях запалення на свербіж, сильне відчуття сухості, додатково призначають антигістамінні препарати [4].

Позитивно впливає ультрафіолетове опромінювання (УФО) з точки зору базової терапії. Існують три види фототерапії, які використовують при лікуванні СД: короткохвильове (КУФ), середньохвильове (СУФ) і довгохвильове (ДУФ) ультрафіолетове опромінювання. Саме для лікування СД більш доцільнішим буде КУФ, яке характеризується більш вираженим бактерицидним ефектом і вважається найбезпечнішим видом фототерапії. В деяких випадках використовують ДУФ разом із фотосенсибілізуючими засобами для лікування себореї [4, 17].

Через те, що в основі виникнення СД лежить ще й гормональний фактор, нерідко це захворювання діагностують паралельно з ГА, у випадку якої призначають застосування антиандрогенних препаратів [4].

Причиною виникнення СД також є патології ШКТ. Простежується, що близько 90% на це має вплив *H. pylori*. На даний момент *H. pylori* являється не тільки причиною хвороб з точки зору ШКТ, але і впливає на шкірні покриви. Зв'язок між ними досить зрозумілий: у ШКТ проходять процеси перетравлення їжі і всмоктування речовин, якщо наявні бактерії, з'являються запальні процеси. Відповідно до цього *H. Pylori* провокують порушення КМ,

через це мікроорганізми активуються в імунній системі, що дає можливість створити умови для утворення і розвитку СД [4, 18].

Наступним методом лікування є вітамінотерапія. Вітаміни вважаються екзогенними чинниками, які впливають на метаболічні процеси, відповідно на правильне функціонування організму та забезпечують антиоксидантну дію. Цинк має протимікробну та протизапальну дію, пригнічує розвиток ліпофільних грибів роду *Malassezia*. Харчові добавки цинку, вітаміну Д та ін. будуть позитивно впливати на лікування СД. Окрім лікування, так само, вони будуть ефективними в профілактичних цілях [15, 19].

В будь-якому разі, чи то лікування, чи профілактика, потрібен лише персональний підхід, коли підбір методів лікування розроблятимуть з урахуванням індивідуальних проблем пацієнта з СД [19].

Хворим на СД необхідно слідкувати за своїм харчуванням і вести дієтичний спосіб життя. Харчові алергени можуть стати активаторами СД, а дотримання збалансованого і правильного харчування дозволить полегшити перебіг хвороби [15].

Висновки до розділу 1

У результаті огляду літератури було встановлено, що СД ВЧГ — хронічне запальне захворювання, має багато факторів впливу виникнення та розвитку. Основні чинники — гормональні порушення, генетичні особливості, імунodefіцитні стани, дисбаланс КМ та шкіри, порушення роботи нервової системи, вітамінна недостатність та негативний вплив зовнішнього середовища. Важливим фактором у патогенезі СД є ліпофільні дріжджі роду *Malassezia*.

Клінічні прояви СД включають лущення, свербіж, почервоніння шкіри, появу сухих або жирних лусочок і вірогідність розвитку вторинної інфекції. Захворювання має хронічний перебіг та сезонні загострення.

Підходи до лікування передбачають комплексний і індивідуальний підхід із застосуванням етіотропної, патогенетичної та місцевої терапії, кожна

з яких спрямована на зменшення проявів запалення, корекцію гормональних та імунних порушень, відновлення здорового стану шкіри та профілактику рецидивів. Для лікування призначають протигрибкові засоби, кортикостероїди, вітамінний комплекс, фототерапію та контроль харчування.

Таким чином, розуміння етіології, патогенезу та методів лікування є гарантією підвищення ефективності терапії СД та поліпшення якості життя пацієнтів.

РОЗДІЛ 2. ЛІКУВАЛЬНІ ТА КОСМЕТИЧНІ ЗАСОБИ У БОРОТЬБИ З СЕБОРЕЙНИМ ДЕРМАТИТОМ ВОЛОСИСТОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ

2.1 Діючі речовини, які впливають на відновлення шкіри голови при себорейному дерматиті

Дерматологічні засоби за АТС класифікацією мають назву «D Дерматологічні засоби», D01 «Препарати для застосування в дерматології», які при цьому поділяються на групу D01A «Протигрибкові препарати для місцевого застосування», котра має три підгрупи D01A A Антибіотики, D01A C Похідні імідазолу та триазолу, D01A E Інші протигрибкові засоби для місцевого застосування (табл. 2.1) [29,30].

Таблиця 2.1

**Дерматологічні засоби, що застосовуються для лікування
себорейного дерматиту, за АТС класифікацією**

D Дерматологічні засоби
D01 Препарати для застосування в дерматології
D01A Протигрибкові препарати для місцевого застосування
D01A A Антибіотики
D01A C Похідні імідазолу та триазолу
D01A E Інші протигрибкові засоби для місцевого застосування

Найбільш поширеними є лікарські засоби підгрупи D01A C «Похідні імідазолу і триазолу». Імідазольні препарати на даний момент — група першої лінії терапії [31].

Найпоширеніший засіб — кетоконазол. При СД у випадку використання крему, його наносити на зону запалення 1-2 рази на добу в залежності від стану запалення. Якщо уражена ВЧГ, то рекомендується застосування шампунів 2 рази на тиждень, тривалість від 2 до 4 тижнів. Шампунь необхідно наносити

на мокре волосся, що змочено теплою водою, залишати на голові на 3-5 хвилин, після чого так само змити теплою водою. Профілактика здійснюється 1 раз на 2 тижні [31, 33].

Але, як і кожен препарат, кетоконазол має не тільки переваги, а й недоліки. При великій ефективності відзначається короткотривалий ефект після застосування. Ймовірно, це пов'язано з тим, що досить швидко мікроорганізми виробляють стійкість до нього [32].

Клотримазол — лікарський препарат з групи імідазолів для місцевого застосування. Позитивно застосовується більшістю пацієнтами, також може застосовуватися для вагітних. Незважаючи, що абсорбція клотримазолу при зовнішньому застосуванні є мінімальною, з обережності рекомендовано уникати використання під час I триместра вагітності. При цьому в науковій літературі представлена мінімальна кількість досліджень про використання клотримазолу для лікування СД [34].

Біфоназол є антимікозним засобом з групи похідних імідазолу. Має широкий спектр дій. На фармацевтичному ринку представлений у вигляді 1 % шампуню і крему. Якщо порівнювати біфоназол з іншими препаратами, то в нього є суттєва перевага, інші ЛЗ потрібно наносити як мінімум 2 рази на день, тоді як біфоназол застосовують 1 раз на добу [34].

Сертоконазол — похідне імідазолу, застосовується проти дріжджових грибів. Характеризується високим рівнем ліпофільності, що дозволяє сертоконазолу легше проникати в клітинні мембрани, краще вбиратися в шкіру і довше залишатись на зовнішньому шарі шкіри. При його застосуванні іноді можливий прояв тимчасового локального подразнення або печіння в місцях нанесення [34].

Клімбазол — протигрибковий засіб для місцевого застосування. Механізм його дії на молекулярному рівні полягає в тому, що клімбазол затримує синтез ергостеролу, який є основним компонентом грибів роду *Malassezia*. Зменшується кількість цих патогенних грибів на шкірі і відповідно мінімізується запалення [34].

Окрім цих груп, ще застосовуються при лікуванні СД топічні кортикостероїди. Пацієнтам, які страждають сильним запаленням, застосування топічних кортикостероїдів є обов'язковим. Кортикостероїди знижують виділення БАР в шкірі та активують загибель лімфоцитів, відповідно запалення на шкірі зменшується [6].

Краща проникність кортикостероїдів в шкіру спостерігається на ділянках з більш тонкою шкірою, ніж на товстому шарі епідермісу [6, 40].

2.2 Аналіз лікувально-косметичних засобів аптечного асортименту та косметичних продуктів мас маркету, що застосовують для лікування себорейного дерматиту

При лікуванні СД, перш за все, увага спрямована на ознаки та супутні симптоми. Точне з'ясування причини виникнення СД неможливо, тому кожне лікування будь-якого пацієнта має індивідуальний підхід, враховуючі усі фактори впливу на організм людини. Важливо досягти ремісії і підтримувати її в процесі тривалого лікування [19, 28].

Враховуючи, що в етіопатогенезі СД відіграють роль гриби роду *Malassezia*, необхідне лікування буде залучати протигрибкові і протизапальні ЛЗ [28].

Для лікування СД ВЧГ краще використовувати рідкі лікарські форми (ЛФ), такі як шампунь, лосьйон, пінка. Вони не створюють відчуття дискомфорту при використанні і зможуть краще вбратись в шкіру. Для інших ділянок ураження СД більш доцільним буде використання крему, гелю або мазі [1, 28].

М'які ЛФ, а саме крем, мазь, мають більш зручний спосіб нанесення для усіх ділянок шкіри, окрім волосистої частини голови. Мазі, креми на відміну від рідких ЛФ мають більшу зручність застосування, володіють пролонгованою дією за рахунок значного збільшення часу контакту з оброблюваною ділянкою, більшою біологічною доступністю й стабільністю, в той час, як рідка ЛФ швидше випаровується або висихає.

Шампуні в лікуванні СД відіграють роль космецевтичного засобу, який усуває прояви лупи.

Діюча речовина циклопірокс — синтетичний похідний гідроксипіридону, чинить протимікробну дію, впливає на патогенну мікрофлору, має протизапальну дію, зменшує свербіж [31].

Ще одна активна речовина, яку найчастіше використовують в косметичних засобах проти СД — піритіон цинку. Він має антимікробну здатність, так само впливає на запалення за рахунок адаптогенної дії і блокування гістаміну. Крім того, він ще має здатність мінімізувати вироблення шкірного сала, що у випадку гіперсекреції стає причиною виникнення СД [31].

Але знову ж таки, довготривале використання одного засобу сприяє тому, що мікроорганізми звикають до БАР і ефективність знижується. Для боротьби з резистентністю мікроорганізмів постійно проводяться дослідження щодо розробки нових форм з іншими активними речовинами [31].

Серед інших діючих речовин часто в шампунях для лікування лупи і СД застосовується піроктон оламін або, як ще його називають, октопірокс. Володіє протигрибковою та протибактеріальною дією щодо грамнегативних і грампозитивних мікроорганізмів. Вважається замінником піритіону цинку, який був заборонений для використання через припущення про його токсичність. Перевагами октопіроксу є відсутність токсичності, а також зменшує саловиділення [31, 33, 36]. До того ж піроктон оламін розглядають як діючу речовину для лікування дерматозів, які ускладнені демодексом [31].

Серед засобів для догляду за шкірою при СД широко застосовують сульфід селену. У дерматології позитивний вплив на шкіру при СД обумовлений протигрибковою дією. У засобах масмаркету представлені лосьйони і шампуні, харчові добавки і вітамінні комплекси із селеном [39].

Сечовина. Надає зволожуючу і пом'якшувальну дію, захищає шкірний бар'єр. Окрім властивості покращувати стан шкіри візуально, сечовина чинить антимікотичну та протимікробну дію. Все ж таки найбільша перевага віддається сечовині як кератолітичному засобу. Кератиноцити — клітини, з

яких на 90% складається епідерміс, виконують захисну функцію, а кератолітична дія сечовини призводить до руйнування ороговілих клітин епідермісу. Сечовина покращує гідратацію шкіри, в результаті чого зменшується лущення та вірогідність виникнення себореїної кірки. Також підвищує проникність інших ЛЗ та косметичних засобів. У пацієнтів, при використанні доглядових засобів, які у своєму складі містять сечовину, спостерігається зменшення свербіння і почервоніння, шкіра стає більш м'якою [38].

Сечовина використовується як у аптечних засобах, так і у засобах масмаркету. Низька концентрація сечовини від 2 % до 10 %, буде чинити помірний зволожуючий ефект. В середній концентрації, від 10 % до 30 %, та у високій концентрації, більше 30 %, сечовина буде проявляти себе як кератолітик, і, у поодиноких випадках, застосовується за призначенням [38, 37].

Саліцилова кислота за класифікацією АТС належить до протигрибкових препаратів. Вона володіє антимікотичними і себорегулюючими властивостями, надає кератолітичну дію, а саме, відлущує відмерлі клітини шкіри і мінімізує прояв лущення, також зменшує запалення, прибирає почервоніння та свербіж. Саліцилова кислота активує вільне виділення шкірного сала і тим самим попереджує закупорку пір.

Серед засобів масмаркету саліцилова кислота зустрічається у відлущувальних тоніках, гелях для вмивання, сироватках та кремах. Дослідження підтверджують факт, що саліцилова кислота добре поєднується з іншими активними компонентами— це можуть бути як рослинні екстракти, так і місцеві протигрибкові засоби [32, 38].

Деякі наукові дослідження використовують термін «супрамолекулярна саліцилова кислота» — це форма, коли саліцилова кислота комбінується з іншими речовинами, наприклад, з колагеном. В такій формі саліцилова кислота більш активна і глибше проникає в шкіру, що покращує терапевтичний ефект [32].

Щодо концентрації саліцилової кислоти, то зазвичай рекомендують від 1 % до 3 % залежно від складності випадку СД. Щодо більшої концентрації, а саме 30 %, то може вона бути рекомендована у випадку застосування супрамолекулярної саліцилової кислоти [32, 40].

У деяких засобах застосовують рослинні компоненти: троянду, олію чайного дерева. Ці рослинні інгредієнти пригнічують активну роботу шкірних сальних залоз. Було доведено, що засоби для догляду за волоссям та шкірою, які містять у своєму складі олію чайного дерева, надають протигрибкову, протизапальну дію та клінічно доведено, що мають вплив на усунення лупи, яка з'явилась внаслідок дії ліпофільних дріжджів з роду *Malassezia*. Для троянди характерні антиоксидантні властивості, вона заспокоює шкіру, забезпечує її зволоження та впливає на те, щоб не утворювався надлишок жиру на шкірі [5].

Для вибору засобів для догляду за шкірою ВЧГ у разі СД слід враховувати, що СД характеризується періодами загострення та ремісії, тому засоби для лікування та догляду повинні бути адаптовані під стадію СД. Порівняння ефективності різних категорій засобів для лікування та догляду за шкірою ВЧГ при СД подано в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

**Порівняльна характеристика різних категорій засобів для
лікування та догляду за СД ВЧГ**

Критерій	Ducray Kelual DS	Vichy Dercos Anti-Dandruff DS	Head & Shoulders Classic Clean
Категорія	Аптечний засіб	Дерматокосметика	Масмаркет
Активні речовини	Циклопіроксолами н 1,5%, піритіон цинку	Дисульфід селену, саліцилова кислота	Піроктон оламін

Механізм дії	Протигрибкова, протизапальна, кератолітична	Протигрибкова, відлущувальна, заспокійлива	Протигрибкова, себорегулююча
Показання	Стійка лупа, себорейний дерматит, свербіж, почервоніння	Лупа, себорейний дерматит, подразнення шкіри голови	Легка або середня форма лупи
Ефективність	Висока і клінічно підтверджена	Висока і клінічно підтверджена	Середня і залежить від індивідуальної реакції
Ціна	~ 586 – 698	~ 575 – 859	~ 200 – 250
Доступність	Аптеки	Аптеки	Супермаркети, онлайн магазини
Переваги	Швидке усунення симптомів, профілактика рецидивів	М'яка дія, підходить для чутливої шкіри, без парабенів	Підходить для щоденного використання
Недоліки	Можливі побічні ефекти при тривалому використанні	Може бути менш ефективним при важких формах СД	Менш ефективний при важких формах СД

Рекомендації щодо вибору шампунів при СД:

1. Аптечні шампуні (Ducray Kelual DS). Рекомендовані при гострих фазах СД середнього та важкого ступеню, при частих загостреннях. Завдяки вмісту активних протигрибкових і протизапальних речовин (циклопіроксоламін, піритіон цинку) швидко зменшують запалення, лущення та свербіж. Використовують аптечні шампуні зазвичай курсами протягом 2-4 тижнів до досягнення ремісії, після чого перехід до м'якших засобів.

2. Лікувальна косметика (Vichy Dercos Anti-Dandruff DS). Доцільна при легкій та середній формі СД або при застосуванні підтримуючої терапії після загострення. Саме Vichy Dercos Anti-Dandruff DS поєднує в собі дисульфід селену та саліцилову кислоту, вони забезпечує відлущувальну та протигрибкову дію, не подразнюючи шкіру. Підходить для регулярного використання 2-3 рази на тиждень, особливо для чутливої шкіри голови. Допомагає запобігти появі рецидивів.

3. Засоби масмаркету (Head & Shoulders Classic Clean). Використовуються при легких формах лупи або як профілактичний догляд після загострень СД. Містить піроктон оламін, який має протигрибкову дію, однак із недоліків: малоефективний для боротьби із важкими проявами СД в період загострення. Серед переваг доступна ціна і можливість щоденного використання.

При виборі шампуню для лікування та профілактики СД важливо враховувати ступінь тяжкості СД, клінічні прояви, на якій стадії захворювання та індивідуальні особливості шкіри на ВЧГ. Для періоду загострення рекомендовано обирати аптечні засоби з доведеною клінічною дією. Після стабілізації стану або при легкій формі СД перевагу слід віддати лікувальній косметичці, для забезпечення делікатного догляду і підтримки ремісії. Для профілактики рецидивів або для застосування при відсутності запальних процесів, не замінить повноцінне лікування СД.

Висновки до розділу 2

Завдяки аналізу ЛЗ та косметичних засобів, які застосовуються у боротьбі проти СД ВЧГ було встановлено, що ефективна терапія базується на комплексному використанні протигрибкових препаратів місцевої дії, топічних кортикостероїдів. Основні діючі речовини з доведеною ефективністю є похідними імідазолу та тріазолу (кетоконазол, біфоназол, сертоконазол), а також допоміжні, але не менш важливі речовини, а саме піритіон цинку, циклопіроксоламін, сульфід селену, сечовина та саліцилова кислота.

Був проведений розподіл засобів в залежності від ступеня тяжкості СД. У гострій фазі, рекомендовано застосування аптечних засобів з доведеним клінічним ефектом, при більш полегшених формах СД та у фазі ремісії застосовують лікувальну дерматокосметику, а для профілактики — засоби масмаркету. Важливим чинником є персоналізований вибір лікування та догляду за шкірою ВЧГ, який передбачає врахування стадії СД, клінічної картини та інших особливостей шкіри і організму пацієнта.

РОЗДІЛ 3. АНКЕТУВАННЯ РЕСПОНДЕНТІВ ЩОДО ПРОБЛЕМИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТУ ВОЛОСистої ЧАСТИНИ ГОЛОВИ

3.1 Розробка анкети щодо вивчення проблеми себореїного дерматиту

На підставі проведеного аналізу наукових літературних джерел щодо сучасних поглядів на проблему СД нами була розроблена анкета з метою вивчення особливостей перебігу СД, факторів, які впливають на його появу, розвиток та загострення, а також дізнатись рівень обізнаності населення щодо методів лікування СД та профілактики задля запобігання загострень.

Як метод дослідження було обрано анкету, завдяки її можливості охопити якомога більшу кількість людей за короткий проміжок часу. Анкетування здійснювалося в онлайн форматі через Google форми і було анонімним задля збереження конфіденційності та сприянню більш щирим відповідям. Усі респонденти були ознайомлені з умовами участі в дослідженні та, проходячи опитування, надали згоду на обробку їх даних. Обраною платформою для опитування стала Google форма, через її переваги: автоматизований збір даних і можливість швидкого аналізу.

Анкета складалась із 19 питань, які стосувалися: демографічних характеристик (стать, вік), досвід стикання із проблемою СД (симптоми, локалізація, частота), аспекти догляду та лікування (частота миття голови, вибір лікувальних та доглядових засобів), фактори впливу (спадковість, супутні захворювання, стрес, клімат, сезонність) і застосовані методи лікування та їх ефективність. При створенні анкети увага приділялась тому, щоб питання були доволі зрозумілі і доступні для кожного респондента і не вимагали особливих медичних знань для відповідей. Питання анкети в повному обсязі наведено у Додатку А.

При складанні анкети було враховано необхідну комплексну інформацію, яку потрібно отримати. Інформація про клінічні прояви СД, зовнішні та внутрішні фактори, які впливають на перебіг СД. Запитання формувались так, щоб була можливість оцінити не тільки те, на скільки СД поширений серед населення, але і дізнатись особливості догляду за ВЧГ, інформованість респондентів про лікування СД. Використані запитання дозволили зібрати як статистичні данні, так і індивідуальні коментарі, що дозволило якісно провести аналіз.

У дослідженні взяли участь 100 респондентів, серед яких були особи, які мають підтверджений діагноз СД і ті, які самостійно оцінювали наявність в них клінічних ознак СД.

3.2 Результати анкетування респондентів та їх візуалізація

Всього в опитування взяло участь 100 людей. Серед респондентів 73% (73 особи) склали жінки, 27 % (27 осіб) чоловіки. Результати наведені на рис. 3.1.

1. Стать :
100 відповідей

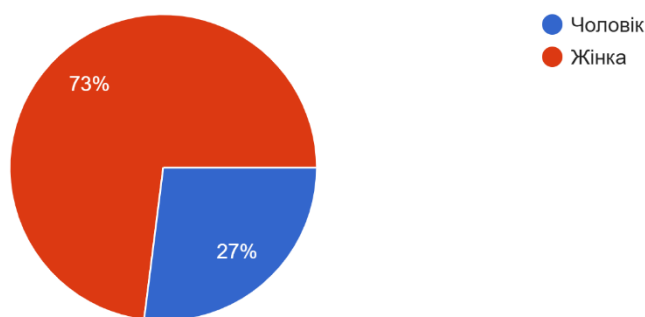


Рис. 3.1 Розподіл респондентів за статтю

Респонденти були різної вікової категорії: 51% — віком від 18 до 25 років, 23% — 26-35 років, 12% — 36-45 років, 11% — 46-55 років, 3% — 56 років і старше. Результати наведені на рис. 3.2.

2. Вік :

100 відповідей

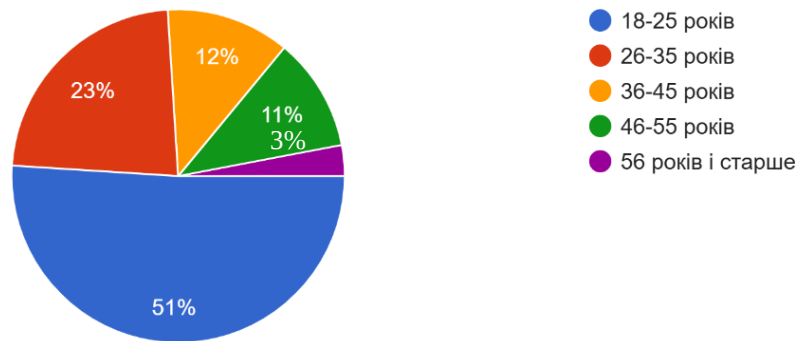


Рис. 3.2. Розподіл респондентів за статтю

Зі 100 опитуваних респондентів 89% стикались хоча б раз із проявами СД, лупи, свербіжем, 11% респондентів не мали таких випадків. Результати відповідей наведені на рис. 3.3.

3. Чи стикалися ви коли-небудь із себорейним дерматитом/лупою/свербіжем волосистої частини голови?

100 відповідей

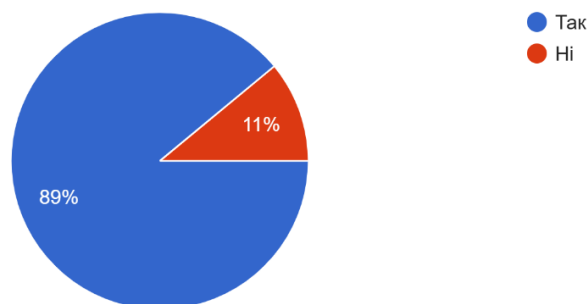


Рис. 3.3 Розподіл респондентів за випадками виникнення СД, лупи, свербіжу

Вперше СД або схожі на нього симптоми (лупа, свербіж волосистої частини голови) у 5% виникли у віці від 1 до 12 років, у 46% — перші симптоми з'явилися у підлітковому віці (13-17 років), у 21% — у молодому віці (18-25 років), у 11% — у зрілому віці (26-40 років), у 1% — після 40 років,

9% опитуваних обрати варіант «важко сказати, не пам'ятаю» і 7% — відповіли не було/не виникало/ніколи. Результати наведені на рис. 3.4.

4. У якому віці у вас вперше проявився себорейний дерматит або симптоми схожі на (лупа, свербіж волосистої частини голови) ?
100 відповідей

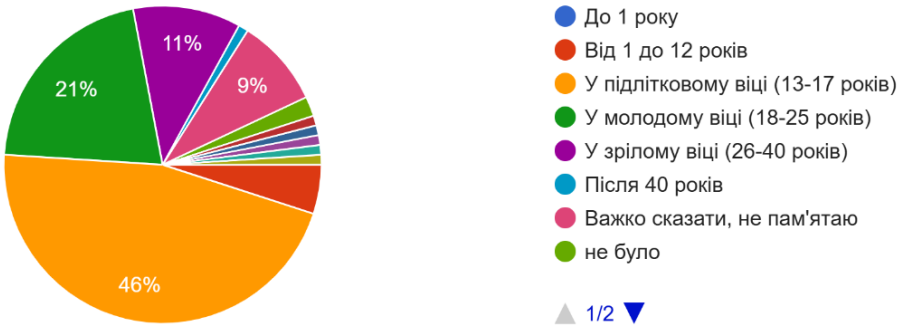


Рис. 3.4. Вік, коли респонденти вперше стикались із СД або симптомами схожими на нього.

Про свій тип шкіри 43% учасників анкетування відповіли, що мають комбінований тип шкіри, 27% — жирний, 13% — нормальний і 17% сухий (рис. 3.5)

5. Який у вас тип шкіри ?
100 відповідей

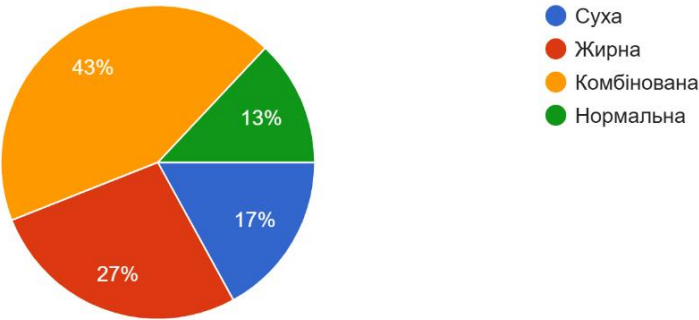


Рис. 3.5. Розподіл респондентів за типом шкіри

Відповідно до отриманих результатів про супутні захворювання (можна було обрати декілька варіантів), найпоширенішим варіантом відповіді було відсутність супутніх захворювань, на що вказали 60% опитаних, 9% респондентів страждають на гіпертонію, 5% — на цукровий діабет, 8% — мають захворювання нервової системи. 16% респондентів мають шкірні захворювання, 10% — ожиріння і 10% — гормональні зміни, 1% — проблеми із щитовидною залозою і 1 % учасників анкетування вказали на алергічні реакції в анамнезі. Результати опитування наведено на рис. 3.6.

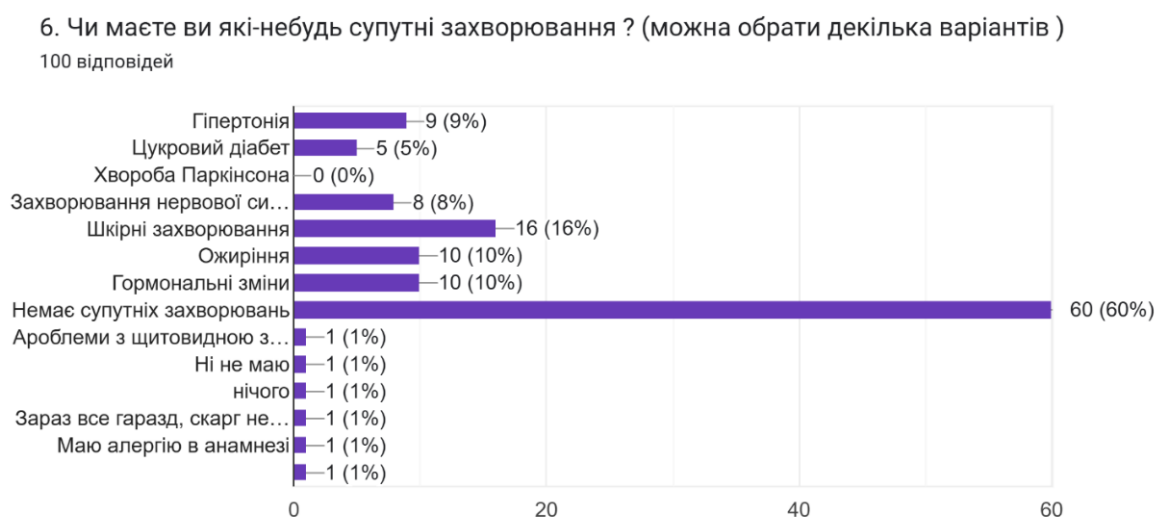


Рис. 3.6. Інформація про супутні захворювання респондентів

Згідно з результатами анкетування про ділянки тіла, які уражені СД (можна було обрати декілька варіантів), 83 % учасника обрали варіант ВЧГ, 25 % — обличчя (брови, носогубні складки), 14 % — вуха, 1 % — спина, 1 % — груди, 1 % — бакенбарди і 8 % — відповіли, що не було/ніякі/жодна. Результати наведено на рис. 3.7.

7. Які області вашого тіла були уражені себорейним дерматитом ? (можна обрати декілька варіантів)
100 відповідей

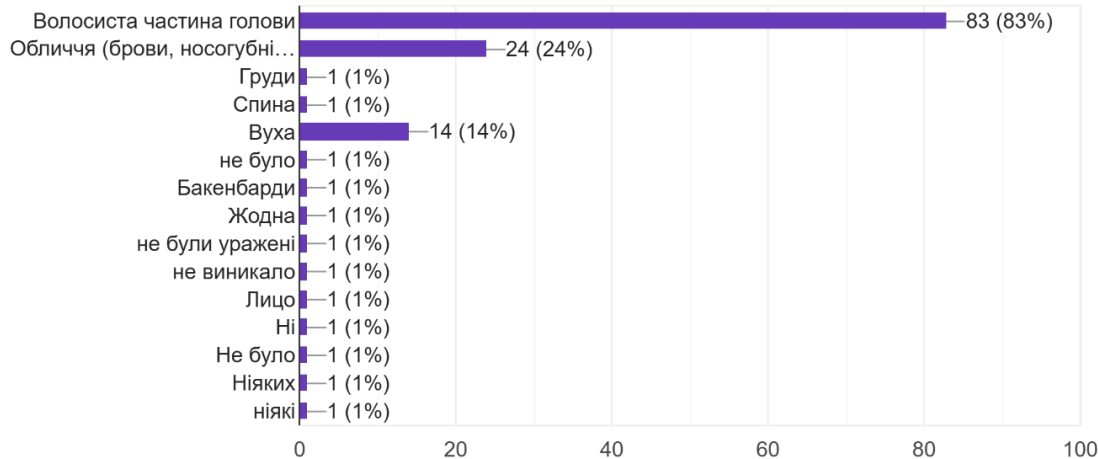


Рис. 3.7. Відповіді респондентів про ділянки ураження СД.

Щодо клінічних проявів СД, аналіз відповідей показав, що у 81 % респондентів СД проявлявся сухими білими лусочками (лупою), у 7 % опитаних спостерігалися жовтуваті, жирні лущення, 56 % учасників анкетування страждали на свербіж, у 31% — були почервоніння, у 1% — жовто-червоні плями і у 7% не було ніяких проявів (рис. 3.8).

8. Який був прояв себорейного дерматиту ? (можна обрати декілька варіантів)
100 відповідей

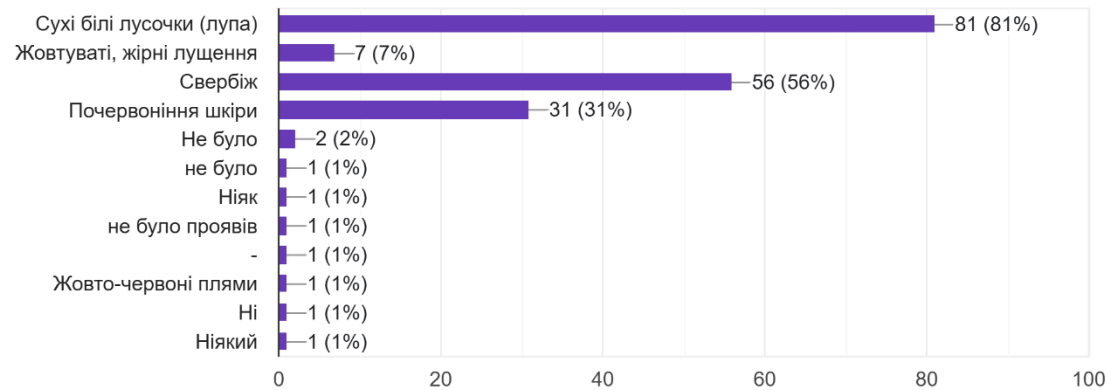


Рис. 3.8. Найбільш поширені симптоми СД, що спостерігалися у опитаних

За даними опитування 56 % респондентів відповіли, що не помічають змін симптомів залежно від пори року, 36 % учасників анкетування зазначили, що симптоми погіршуються взимку, а 8 % — що симптоми погіршуються влітку. Результати наведені на рис. 3.9.

9. Чи змінюються ваші симптоми залежно від пори року ?
100 відповідей

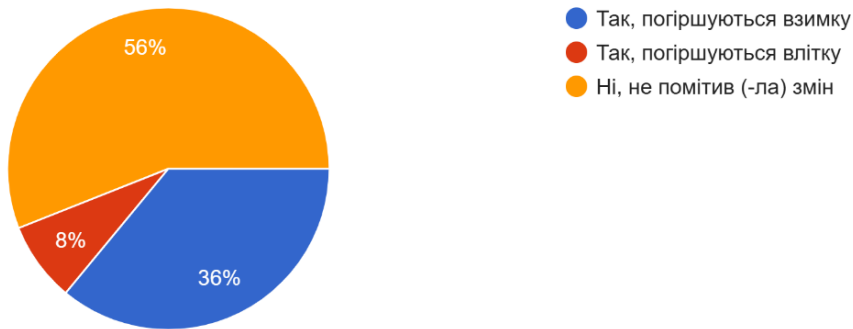


Рис. 3.9. Вплив пори року на загострення симптомів СД

Щодо генетичної схильності, то 36% опитаних не володіють інформацією, чи має хтось із членів родини себорейний дерматит, 35% респондентів відповіли «ні», таких випадків не було і 29% — відповіли «так» (рис. 3.10.)

10. Чи має хтось із членів вашої родини себорейний дерматит ?
100 відповідей

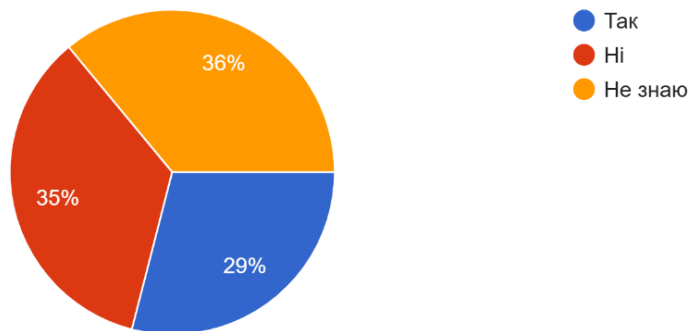


Рис. 3.10. Інформація про наявність СД у членів родини респондентів

На питання анкети: «Чи помічали респонденти зв'язок між стресом та загостренням СД?» 28% респондентів відповіли, що «скоріше ні, чим так», 27% — «скоріше так, чим ні», 24% — «ні» та 21% — «так». Це представлено на рис. 3.11.

11. Чи помічали ви зв'язок між стресом та загостренням симптомів себорейного дерматиту ?
100 відповідей

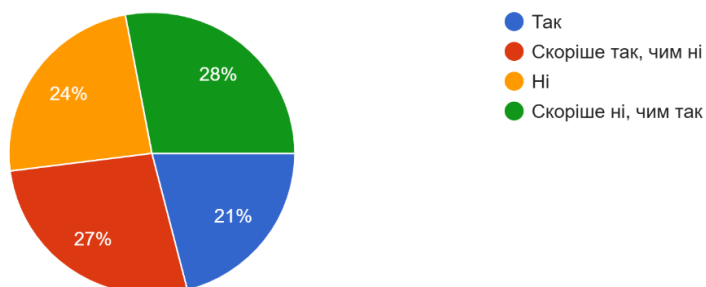


Рис. 3.11. Розподіл респондентів щодо зв'язку симптомів СД із емоційним станом.

На запитання про те, чи доставляє поява СД психологічний дискомфорт, 56% учасників анкетування відповіли, що «впливає, але незначно», 26% — вказали, що це не впливає на них, і 18% — позначили що «дуже впливає, соромлюсь цього» (рис. 3.12.)

12. Наскільки вам психологічно дискомфортно через появу себорейного дерматиту ?
100 відповідей

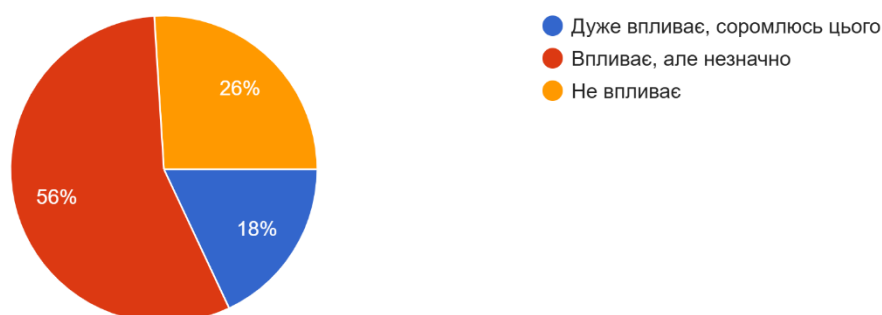


Рис. 3.12. Оцінювання психологічного дискомфорту респондентів

Стан шкіри через зміну клімату погіршився у 11% опитуваних, у 15% — навпаки покращився, у 46% — нічого не змінювалось і 28% респондентів ніколи не змінювали клімат. Результати наведено на рис. 3.13.

13. Чи змінювався стан вашої шкіри при себорейному дерматиті через клімат ?

100 відповідей

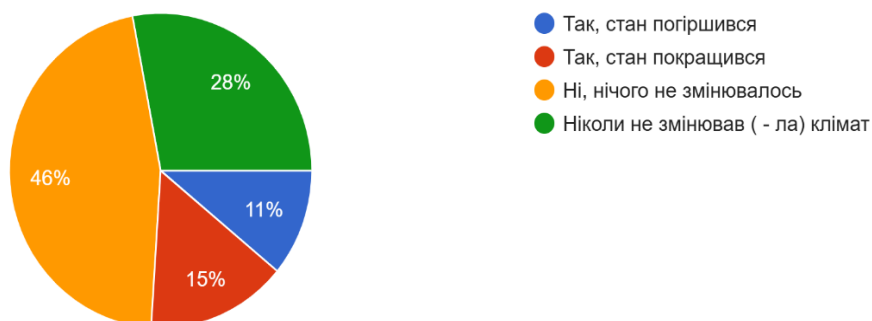


Рис. 3.13 Розподіл відповідей на питання щодо змін стану шкіри через клімат.

Зі 100 % респондентів до лікаря-дерматолога або лікаря-трихолога звертались лише 48 %, інші 24% — займались самолікуванням, а 28% опитаних взагалі не звертались до спеціаліста, займалися самолікуванням.

Ці дані представлено на рис. 3.14.

14. Чи звертались ви до дерматолога-трихолога стосовно лікування себорейного дерматиту ?

100 відповідей

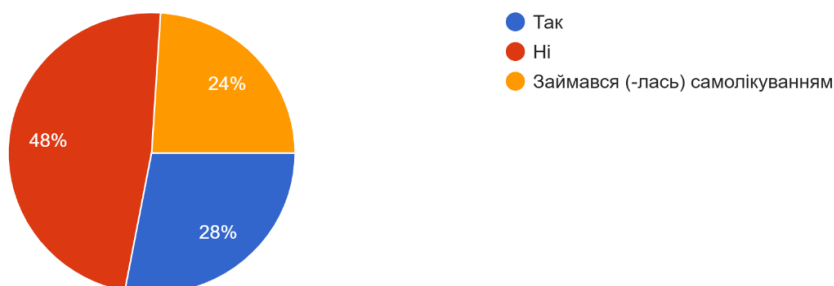


Рис. 3.14. Результати опитування респондентів щодо звернення їх до лікаря

Щодо вибору методів лікування СД відповіді респондентів були такими: 49% респондентів обирають самолікування безрецептурними засобами масмаркета, 27% — застосовують лікарські препарати, призначені лікарем, і 24% — не використовують жодні методи лікування. Результати наведені на рис. 3.15.

15. Які методи лікування себорейного дерматиту ви застосовували ?

100 відповідей

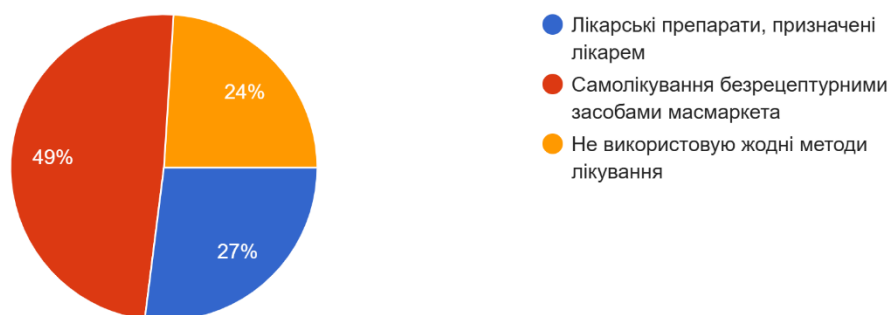


Рис. 3.15. Вибір методів лікування серед респондентів

Розподіл відповідей на запитання про частоту миття голови свідчить про те, що 77% опитаних миють голову кожні 2-3 дні, 13% — щодня, 8% — 1 раз на тиждень, 1% — 3-4 рази на тиждень та 1% — кожні 3-4 дні. Ці дані наведені на рис. 3.16.

16. Як часто ви миєте голову ?

100 відповідей

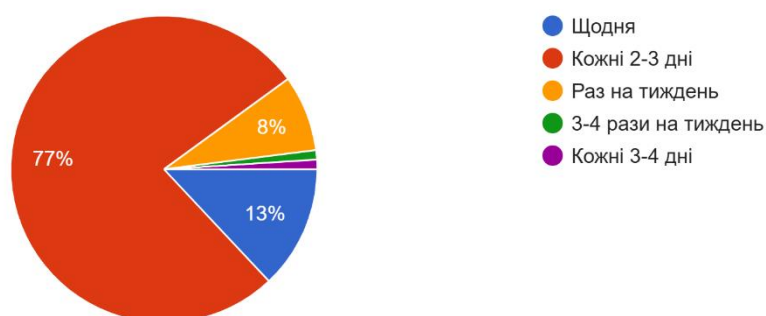


Рис. 3.16. Відповіді респондентів щодо регулярності миття голови.

Аналіз анкети показав, що для миття голови 38 % респондентів використовують лікувальні шампуні, які відпускаються в аптеці, 27 % — обирають звичайні шампуні з масмаркету, без лікувального ефекту, 16% — використовують космецевтичні засоби, 10% — застосовують натуральні/органічні шампуні і 9% — віддають перевагу шампуням з масмаркету проти лупи. Результати відповідей на це запитання представлено на рис. 3.17.

17. Які засоби ви зазвичай використовуєте для миття голови ?
100 відповідей

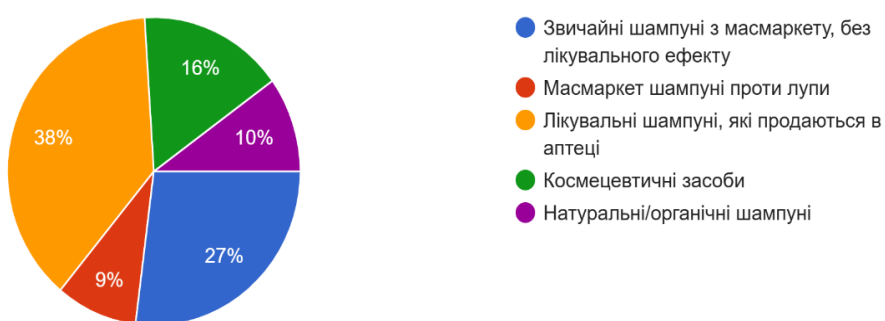


Рис. 3.17. Які засоби використовують для миття голови

Варто звернути увагу на те, що при виборі ЛЗ та засобів для догляду у разі СД, 51% респондентів керуються своїм попереднім позитивним досвідом, 42% — обирають засоби для догляду за шкірою, дивлячись на склад засобу, 40% — використовують досвід знайомих/родичів, 38 % — дотримуються рекомендацій лікаря, 30% — обирають за відгуками в інтернеті, 29% — за порадами фармацевта або консультанта, 26% — обирають за ціною і 10% — через рекламу. Результат на рис. 3.18.

18. Чим ви керуєтесь при виборі лікарських засобів та засобів для догляду ? (можна обрати декілька варіантів)

100 відповідей

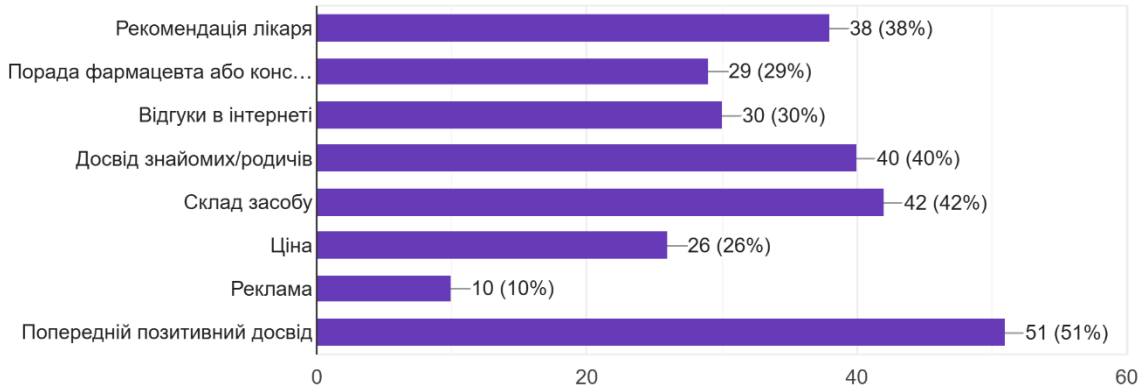


Рис. 3.18. Фактори, що впливають на вибір ЛЗ та засобів для догляду при СД.

Згідно з результатами опитування ремісія у хворих на СД виникала лише у 30% випадків, коли вони дотримувалися лікування, проте у 34% виходи в ремісію відзначалися незалежно від лікування, в інших 30% опитованих ремісія взагалі не виникала і в 6% вона не виникала навіть коли дотримуються рекомендацій з лікування. Інформація про відповіді на це питання наведена на рис. 3.19.

19. Чи виникають у вас періоди ремісії себорейного дерматиту ?

100 відповідей

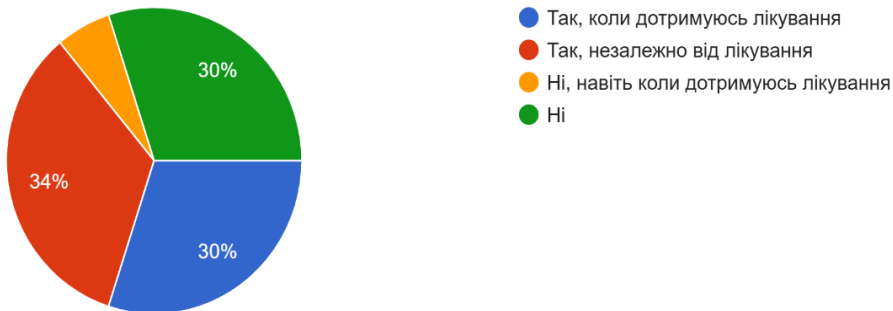


Рис. 3.19. Розподіл респондентів за наявністю випадків ремісії

3.3. Аналіз результатів опитування респондентів

На основі результатів опитування респондентів, представлених у попередньому підрозділі, можна виявити певні тенденції і закономірності появи СД та його розвитку.

Серед респондентів, що взяли участь в анкетуванні, більшість становили жінки у віковий групі від 18 до 25 років. Вагома більшість (89%) респондентів хоча б раз у житті стикалися із проявами СД, лупи та відчуттям свербіжу. Найчастіше поява симптомів СД виникала у підлітковому та молодому віці, що може свідчити про гормональні зміни, які характерні для цього вікового періоду.

Поширеність комбінованого та жирного типу шкіри серед опитуваних також має зв'язок із виникненням СД, оскільки надмірне виділення шкірного сала є одним із провокуючих факторів виникнення СД.

У значної частини респондентів не виявлено видимих супутніх захворювань, але серед наявних супутніх захворювань лідирують захворювання дерматологічного профілю, серцево-судинної та нервової системи.

Щодо ділянок шкіри, які уражались при СД, результати опитування свідчать, що найчастіше уражалася СД ділянка ВЧГ, водночас група опитуваних зазначила і зону обличчя (зону брів, носогубних складок) та вух. Ці ділянки частіше за інші піддаються ураженню при СД, що зумовлено наявністю більшості сальних залоз у цих зонах.

Аналіз проявів СД показав, що найчастіше відзначають наявність сухих білих лусочок, тобто звичайної лупи, яка є початковою формою або одним із симптомів СД. Також були скарги на свербіж, почервоніння шкіри та жовті жирні луцення, що може свідчити про більш виражену форму СД.

Сезонність, як екзогенний фактор впливає на загострення симптомів. Більшість респондентів не помітили змін через зимовий або літній період, але серед тих, хто звернув увагу більшість відзначили погіршення взимку і

меншість влітку. Щодо впливу клімату на стан шкіри результати свідчать про відсутність змін у стані шкіри, частина респондентів ніколи не змінювала клімат і не може об'єктивно оцінити вплив кліматичних змін на перебіг СД.

Щодо генетичної схильності, дані були розподілені досить рівномірно: 29% опитаних вказали, що хтось із членів родини має СД, 35% — відповіли «ні», а 36% — не володіли цією інформацією. Такий розподіл не має домінуючого варіанту, але при цьому потенційна роль генетики у появі СД підтверджується.

Більшість респондентів або чітко підтвердили вплив стресу на загострення СД, або частково схились до такої думки. Також 56% опитуваних вказали, що поява СД призводить до психологічного дискомфорту, а ще 26% — акцентували, що СД має дуже сильний психологічний вплив. Таким чином, формується своєрідне замкнуте коло, коли стрес спричиняє прояви СД, а самі прояви СД суттєво впливають на психоемоційний стан людини.

Звернення до лікаря не є популярним варіантом відповіді, частина опитаних або займається самолікуванням, або взагалі не застосовує жодних методів лікування. Серед засобів для усунення проявів СД 49% респондентів використовують безрецептурні засоби масмаркету, 24% — не використовують нічого і лише 27% — застосовують лікарські препарати призначені лікарем. Це свідчить про потребу кращої інформованості серед населення щодо методів лікування, догляду за шкірою та важливої ролі лікаря.

Частота миття голови також має значення в перебізі СД. Більшість респондентів (77%) миють голову кожні 2-3 дні, що є оптимальним графіком при СД. 13% опитаних роблять це щоденно, а 8% — раз на тиждень, обидва варіанти не вважаються позитивними. Занадто рідке миття голови сприяє накопиченню шкірного сала та відмерлих клітин, що створює сприятливі умови для виникнення СД. Надмірно часте миття подразнює шкіру та порушує її захисний бар'єр шкіри. Таким чином рекомендується дотримуватись балансу в графіку миття голови.

Серед засобів, які використовуються, опитувані люди найчастіше використовують лікувальні шампуні, які відпускають в аптеках. Таку ж популярність серед відповідей має і варіант звичайних засобів з мас маркету без лікувального ефекту, але їх застосовують рідше. Космецевтичні шампуні проти лупи використовують не дуже активно. Масмаркет шампуні проти лупи обрали меншість опитуваних, що свідчить про недовіру до ефективності таких засобів серед людей, які мають прояви СД.

При виборі засобів ЛЗ та засобів для догляду респонденти орієнтуються на рекомендації лікаря, звертають увагу на склад засобів, беруть до уваги свій попередній позитивний досвід, відгуки в інтернеті та не менш важливим залишається ціна засобів. Менш значущим, відповідно до анкетування, виявились реклама та поради фармацевтів або консультантів у магазинах.

Випадки щодо виходу у ремісію розподілились досить рівномірно. Третина опитаних, а саме 30 %, зазначили, що стан покращився, якщо вони дотримувались призначеного їм лікування. Ще 34% — відповіли, що ремісії виникали незалежно від того, лікуються вони чи ні. Водночас, ще 30% респондентів не мають ремісії навіть за умови догляду та застосуванні засобів. Це знову говорить про те, що індивідуальний підхід до лікування дуже важливий і такі пацієнти потребують персоналізованої терапії.

Отже, проведене анкетування дало можливість узагальнити сучасні уявлення респондентів щодо перебігу СД, його особливості прояву, вибір ЛЗ та засобів для догляду за шкірою у разі СД.

Висновки до розділу 3

У результаті здійсненого анкетного дослідження вдалося визначити основні особливості СД ВЧГ серед різних вікових груп, визначити поширеність симптомів та оцінити рівень обізнаності про методи лікування СД та догляду за шкірою при СД. Встановлено роль зовнішніх і внутрішніх чинників, які впливають на появу та загострення симптомів СД, зазначили як важливо обирати саме індивідуальну терапію для лікування. Отримані

результати дають можливість оптимізувати подальші рекомендації щодо лікування та догляду за шкірою при СД.

Опитування показало, що більшість респондентів стали помічати прояви СД у підлітковому та молодому віці, переважно маючи комбінований або жирний тип шкіри. Було виявлено наявність психологічного дискомфорту, вплив стресових факторів на перебіг СД. Зафіксовано висока доля самолікування, що вказує на недостатню обізнаність про лікування та догляд серед населення. Зібрані дані ще раз підтверджують важливість індивідуального підходу та акцентують на необхідності покращувати інформаційну підтримку пацієнтів стосовно СД.

РОЗДІЛ 4. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ДОГЛЯДУ ЗА ШКІРОЮ ІЗ СЕБОРЕЙНИМ ДЕРМАТИТОМ ВОЛОСИСТОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ

Себорейний дерматит — хронічне і запальне захворювання шкіри, яке характеризується появою лущення, почервоніння та відчуттям свербіжу. Локалізація появи СД переважно місця з високим виділенням шкірного сала [1].

Поширеність СД серед населення від 3% до 5%, проте якщо брати до уваги лише легку форму СД у вигляді лупи, в цьому випадку поширеність зростає до 15-20% [40].

На появу СД впливають дріжджі з роду *Malassezia*, активність сальних залоз, генетична схильність, погіршений стан імунної системи, гормональні зміни в організмі. Усі ці етіологічні чинники можуть стати причиною виникнення СД [1].

Клінічні прояви СД: поява сухих білих лусочок (лупа), свербіж, почервоніння на шкірі, утворення жовтих і жирних лущень [1].

Однією із важливих рекомендацій, щодо лікування СД є звернення до спеціаліста, лікаря-дерматолога, лікаря-трихолога з метою проведення огляду у лікаря, в подальшому здати аналізи на виявлення причин виникнення СД, отримати практичні рекомендації щодо вибору ЛЗ проти СД [37].

Одним із перших етапів в лікуванні СД є своєчасне звернення до спеціаліста – лікаря-дерматолога або лікаря-трихолога. Консультація лікаря дозволить провести клінічний огляд, для того щоб впевнитись у правильності поставленого діагнозу, призначити необхідні лабораторні дослідження, з метою виявлення етіологічних факторів впливу (грибкової інфекції, гормональних порушень, порушення в роботі сальних залоз). Після прийому у лікаря пацієнт отримає індивідуальні призначення для лікування: підбір ЛЗ, засобів особистої гігієни для догляду за шкірою, а також поради щодо способу життя та харчування [37].

Серед ЛЗ, які застосовують для лікування СД найбільш розповсюджені протигрибкові препарати групи азолів, а саме похідні імідазолу та тріазолу. Ці засоби найефективніші проти грибової етіології СД [26].

Наприклад, кетоназол застосовується у вигляді шампунів, лосьйонів, гелів або гелів. До інших ефективних засобів цієї групи, які впливають на СД відносяться клотримазол, біфоназол, а також тріазольні препарати як наприклад, флуконазол, який можуть призначати для системної терапії у більш тяжких випадках [26].

Для зовнішнього застосування дієвими будуть засоби, які містять у своєму складі піритіон цинку, циклопірокс або сульфід селену, ці засоби мають протигрибкову та протизапальну дію. Якщо у пацієнта трапляється випадок вираженого запалення, можливо призначення топічних кортикостероїдів (наприклад гідрокортизон або бетаметазон) [4, 21, 23].

Крім призначеного лікарем лікування, доцільним є застосування методів косметологічної корекції в косметологічних закладах. Аналіз проведених досліджень щодо впливу методів косметологічної корекції на шкірні захворювання довів їх ефективність.

Одним із ефективних методів апаратної косметології при СД є дарсонвалізація. Дарсонвалізація — фізіопроцедура, яка за допомогою високочастотного імпульсного струму, до 400 МГц, активує регенерацію волосяних цибулин, мінімізує активне виділення шкірного сала, усуває лупу та СД.

Мікрострумова терапія — апаратна косметологічна процедура, що використовує низькочастотні електричні імпульси. Мікроструми активують кровообіг, відновлюють шкірні покриви, зменшують запальні процеси, покращують еластичність шкіри, прибирає лущення та свербіж.

Фототерапія. Метод лікування шкірних захворювань за допомогою УФО (UVA або UVB). Залежно від зони ураження СД і його обсягу підбирається довжина хвилі та дозування. Діапазон УФО від 200 до 400 нм. Цей метод фототерапії сприяє зменшенню запалення та нормалізації шкірного покриву.

Для більш позитивного результату фототерапію поєднують із місцевою або системною терапією.

Фотодинамічна терапія. Вид фотодинамічної терапії — світлодіодна терапія (LED-терапія). Застосовують два види світла: червоне та синє, які надають протизапальний та бактерицидний ефект. Червоне світло зменшує запалення та загоює рани, а синє — пригнічує активність грибів роду *Malassezia*.

Інтенсивне імпульсне світло (IPL) — метод світлотерапії, який використовує пульсуюче світло широкого спектра. IPL зменшує прояви СД, зменшує почервоніння, нормалізує виділення сальних залоз, надає протизапальний ефект.

Окрім прийому ЛЗ, для комплексного підходу до лікування, застосовують ін'єкційні методи косметологічної корекції.

Мезотерапія — ін'єкційний метод, коли в шкіру вводять активні речовини (вітаміни, амінокислоти, ферменти тощо), що допомагає збагатити шкіру корисними компонентами, зменшити запалення та покращити роботу сальних залоз. Для лікування СД більш доцільним є мезококтейль на основі вітамінів групи В та антиоксидантів.

Плазмотерапія — ін'єкційний метод з використання плазми пацієнта. Плазма, збагачена тромбоцитами, яка сприяє відновленню тканин, швидкому загоєнню та регенерації шкіри. Застосування плазми в зоні ураження СД зменшить лущення, висипання та покращить еластичність шкіри.

Кріомасаж — процедура яка впливає на шкіру низькими температурами, за допомогою рідкого азоту. Має протизапальну та судинозвужувальну дію, що дає можливість зменшити почервоніння, запалення та свербіж. Процедура покращує кровообіг, активізує регенерацію шкіри. При СД кріомасаж зменшує жирність шкіри і покращує її текстуру.

Рекомендовані засоби для домашнього догляду шампуні, лосьйони, гелі, креми, які містять АФІ. Наприклад, кетоконазол, клотримазол, піритіон цинку, сульфід селену, саліцилову кислоту або сечовину. Ці АФІ допомагають

зменшити прояви СД. Лікувальний шампунь може запобігти появі лущення, сухості і свербіжу. Під час очищення обличчя рекомендоване застосування медикаментозного мила. Уникати застосування дезодорантів із ароматизаторами, оскільки вони можуть подразнювати шкіру [37].

При домашньому догляді слід дотримуватися правил миття голови — це основа догляду за шкірою ВЧГ. Лікувальні шампуні необхідно наносити на уражену ділянку і залишити на 5-10 хвилин. Лікувальні шампуні та лосьйони можна використовувати щодня або через день, до зникнення клінічних ознак СД. При частих випадках рецидиву СД є необхідність застосовувати такі засоби 1-2 рази на тиждень.

Після миття голови доцільно використовувати зволожуючі емульсії, які будуть надавати зволожуючу, кератолітичну та заспокійливу дію. Такі зволожуючі емульсії можна застосовувати в своєму домашньому догляді як додаткові засоби зволоження, не на кожен день.

Для того щоб уникнути спалахів СД та попередити загострення, необхідно захищати шкіру від холодної та сухої погоди. Одягатись відповідно до погодних умов, носити головні убори на вулиці в холодну пору року [37].

При наявності СД важливо не подразнювати шкіру. Щільно прилеглий одяг і той, що складається із шерсті і синтетичних тканин (наприклад, поліестр) можуть подразнювати шкіру. Носіння вільного, м'якого і бавовняного одягу полегшить контакт зі шкірою і не активує загострення СД [37].

При застосуванні засобів декоративної косметики, таких як лак для волосся, гель для волосся — не слід зловживайте цими засобами, вони можуть спровокувати спалах СД [37].

Починати лікування СД одразу, як тільки виникають перші симптоми або починається загострення. Швидке реагування допоможе запобігти погіршенню та ускладненню СД [37].

Харчування. Харчові звички, зокрема споживання жирної, гострої та солодкої їжі, впливають на стан шкіри і роботу сальних залоз. Жирні кислоти,

глюкоза та ацетат — поживні речовини, які збільшують вироблення шкірного сала. Якщо в раціоні буде багато продуктів із високим глікемічним індексом (фастфуд, солодоші, білий хліб), то це підвищує рівень цукру в крові, провокує загострення СД. Споживання овочів і фруктів навпаки знижують прояви захворювання [38].

В своєму домашньому харчуванні необхідно більше використовувати омега 3 жирні кислоти. Доведено, омега 3 жирні кислоти зменшують вироблення запальних сполук (ейкозаноїдів, цитокінів). Потрібно частіше вводити в харчовий раціон жирну рибу (лосось, скумбрія), горіхи, насіння чіа та льону. А також додавати в їжу біотин (вітамін В₇), його харчові джерела: яєчний жовток, авокадо, морква, банани, цвітна капуста.

Емоційний стан, а саме стрес, впливає на виникнення СД. У пацієнтів із СД спостерігається вищий рівень тривожності або навіть депресії. Стрес впливає на імунну відповідь організму, що відповідно сприяє появі запальних процесів у шкірі [9].

Дотримання цих рекомендацій допоможе запобігти ускладненням СД та прискорити процес його лікування.

Висновки до розділу 4

Враховуючи аналіз літературних джерел та проведене анкетування респондентів, було сформовано практичні рекомендації для догляду за шкірою пацієнтів з СД ВЧГ. В рекомендаціях зазначено, що ефективне лікування буде відбуватись через поєднання лікування та домашнього догляду. Застосування ЛЗ із протигрибковою, протизапальною та себореуюючою діями, косметологічні апаратні методи догляду (мікрострумова терапія, дарсонвалізація, фототерапія, IPL та LED терапія) та косметологічні ін'єкційні процедури (мезотерапія, плазмотерапія) у спільному поєднанні зможуть покращити стан шкіри та подовжити період ремісії.

Особливу увагу варто приділити тому, що пацієнт, який страждає на СД, також бере участь у лікуванні та профілактиці СД. Завдяки корекції його

способу життя, зміні харчування, зниженню психоемоційних навантажень, відповідальний вибір щоденних засобів для догляду за шкірою, захисту шкіри від зовнішніх подразнень, стан шкіри суттєво покращиться, відбудеться зменшення симптомів і попередження загострень СД.

Таким чином, ефективний результат покращення стану шкіри при СД можливий завдяки поєднанню лікування, яке призначене лікарем-дерматологом або лікарем-трихологом, використання косметологічних процедур у спеціалізованих салонах чи кабінетах, а також правильно підбраному догляду за шкірою.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило комплексно охарактеризувати проблему СД ВЧГ та обрати оптимальні підходи до підбору лікувально-косметичних засобів аптечного асортименту та косметичних засобів для покращення стану шкіри пацієнтів із СД.

1. У процесі аналітичного огляду наукової літератури було встановлено, що СД — багатофакторне захворювання, у етіопатогенезі якого провідну роль відіграють гриби роду *Malassezia*, надмірне виділення шкірного сала, гормональні зміни, генетична схильність, порушення в роботі імунної та нервової системи. Враховуючи ці фактори лікування СД слід обирати не лише симптоматичне, а й те, що спрямоване на усунення причинних чинників.

2. Особливу увагу приділено аналізу ЛЗ та косметичних засобів, які використовуються при СД. Було підтверджено, що найбільш ефективними є протигрибкові засоби з групи імідазолів та триазолів (кетоконазол, клотримазол, біфоназол), а також препарати, що містять піритіон цинку, саліцилову кислоту, сечовину, циклопірокс, сульфід селену та інші активні речовини. Для лікування СД ВЧГ переваги мають засоби у формі шампунів, гелів, лосьйонів, пінок, які забезпечують зручність нанесення на уражену шкіру ВЧГ.

3. Нами було розроблено анкету та проведено онлайн анкетування 100 респондентів різних вікових груп. Проведене анкетування дозволило встановити, що більшість опитуваних респондентів стикались із проявами СД, але не всі звертались за професійною допомогою. Багато людей надають перевагу самолікуванню, що призводить до тимчасового полегшення, але не забезпечує стабільну ремісію. Виявлено низький рівень знання інформації щодо важливості системного підходу до догляду за шкірою при СД. Значна частина опитаних обирає засоби для догляду, орієнтуючись на поради знайомих, рекламу або власний досвід, але не на професійні рекомендації, що є упущенням при лікуванні СД.

Зібрані дані показали, що проявлені симптоми СД значною мірою впливають на якість життя пацієнтів. Лущення, свербіж, почервоніння шкіри, надмірна жирність викликає не тільки фізичний, але й психологічний дискомфорт, який сприяє розвитку тривожності та стресу. Актуальним є необхідність звернути увагу населення на причини появи СД, можливості його лікування та важливість участі лікарів у лікувальному процесі.

4. Проведений аналіз наукових літературних дерел та проведене онлайн анкетування респондентів дозволило розробити практичні рекомендації. В рекомендаціях було запропоновано догляд за шкірою: від базової гігієни та використання спеціалізованих лікувальних шампунів, до рекомендацій щодо харчування, способу життя, вибору одягу та уникнення подразників. Також виділено потенціал фізіотерапевтичних та косметологічних процедур (дарсонвалізація, мікрострумова терапія, мезотерапія, плазмотерапія тощо), які можуть бути використані як додаткові методи в терапії СД.

Таким чином, результати дослідження підтвердили необхідність комплексного підходу до лікування СД з урахуванням етіологічних та патогенетичних особливостей, клінічної картини, ступеня тяжкості протікання СД та індивідуальних потреб хворого. Оптимізація вибору лікувально-косметичних аптечних засобів та косметичних засобів для догляду за шкірою повинна ґрунтуватися на доказових даних, клінічному досвіді, а також включати в себе обізнаність пацієнтів. Запропоновані практичні рекомендації щодо догляду за шкірою пацієнтів із СД можуть бути використані в роботі дерматологів, фармацевтів та косметологів, а також саме для залучення до розуміння про СД пацієнтів, які мають це дерматологічне захворювання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Дерматологія і венерологія : підручник / за ред. В. І. Степаненко та ін. Київ, 2012. 345 с. URL: <https://surl.li/jemmbbs> (дата звернення: 02.04.2025).
2. Резніченко Н. Ю., Резніченко Г. І., Красько М. П. Гіперандрогенія і себорейний дерматит: пошук шляхів корекції із застосуванням дієногесту та спіронолактону. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/21756/1/5552.pdf> (дата звернення: 02.04.2025).
3. Себорейний дерматит і *Malassezia* spp. / І. В. Одінцова та ін. URL: <https://kiai.com.ua/ua/archive/2019/8%28121%29/pages-27-30/seboreyniy-dermatit-i-malassezia-spp-#lit-2> (дата звернення: 02.04.2025).
4. Одінцова І. В. Терапія хворих на себорейний дерматит з урахуванням мікробного складу шкіри та шлунково-кишкової системи : дис. на здобуття наук. ступеня д-ра філ. за спеціальністю 222 «Медицина» (22 Охорона здоров'я) / Дніпровський державний медичний університет. Дніпро, 2022. 176 с. URL: <https://surl.li/nscqfl> (дата звернення: 02.04.2025).
5. Б'янка М. П. Нові дані щодо лупи, себорейного дерматиту та псоріазу. URL: <https://surl.li/xewzuz> (дата звернення: 02.04.2025).
6. Резніченко Н. Ю., Резніченко Г. І. Ефективність лікування хворих на себорею із застосуванням комбінованої терапії. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/21355/1/HzJACrQlXJVFLmIdLgcC9yT1Z.pdf> (дата звернення: 02.04.2025).
7. Резніченко Н. Ю., Резніченко Г. І., Красько М. П. Гіперандрогенія і себорейний дерматит: пошук шляхів корекції із застосуванням дієногесту та спіронолактону. URL: <https://surli.cc/vdoixj> (дата звернення: 02.04.2025).
8. Ali İ. Gül, Özgül Karaaslan, Emine Çölgeçen. Personality traits and common psychiatric conditions in patients with seborrheic dermatitis. URL: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/rXdCBzrL8Ghzdn7k5c6pdC/?format=pdf&lang=en> (Date of access: 02.04.2025).

9. Елді та Харі Дармаван. Рівень стресу та себореїний дерматит у 2020 студентів-медиків університету в Індонезії. *Folia Medica Indonesiana*. 2023. Vol. 59(2). P. 115–122. DOI: 10.20473/fmi.v59i2.41208
10. Systematic review of the effects of the intestinal microbiota on selected nutrients and non-nutrients / Colette Shortt et al. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00394-017-1546-4> (Date of access: 02.04.2025).
11. Нарожна М. В. Себореїний дерматит: патогенетичні аспекти та комплексне лікування з урахуванням статусу вітаміну D, стану вродженого імунітету та мікробіоценозу : дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук. URL: http://idvamnu.com.ua/specializovana-vchenna-rada/diss_narogna (дата звернення: 02.04.2025).
12. Б'янка М. П. Значущість терапевтичної дії на всіх представників мікробіому при себореїному дерматиті. URL: <https://surl.li/gxziah> (дата звернення: 02.04.2025).
13. Vysochanska V., Koval H. Передумови для виникнення себореїного дерматиту. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина»*. 2022. № 1(63). С. 36-42. URL: <https://med-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/med/article/view/166> (дата звернення: 02.04.2025).
14. Себореїний дерматит: унікальні можливості вітамінотерапії / Н. Ю. Резніченко та ін. URL: <http://ujdvc.com.ua/article/view/283379> (дата звернення: 02.04.2025).
15. Розроблення та дослідження мазі з ефірною олією чебрецю для лікування шкіри голови та її волосяної частини / Л. О. Пучкан та ін. URL: <https://surl.cc/lrsreux> (дата звернення: 02.04.2025).
16. Фототерапія : метод. вказівки з фізіотерапії / Дніпровський державний медичний університет, кафедра фізичної реабілітації URL: <https://surl.li/cqhsft> (дата звернення: 02.04.2025).
17. Карпушенко Ю. В., Павленко Н. В., Волошин К. В. Роль гелікобактерної інфекції у розвитку та перебігу алергічних хвороб у дітей із

гастроезофагеальною рефлюксною хворобою. *Сучасна гастроентерологія*. 2023. № 6. С. 13-20. DOI: 10.30978/MG-2023-6-13

18. Kashiri A., Maghsoudloo N. Exploring the Impact of Vitamin D and Zinc Deficiencies on Seborrheic Dermatitis: A Comparative Study. *Health Sci Rep*. 2024. Vol. 7(12). P. e70283. DOI: 10.1002/hsr2.70283

19. Borda L. J., Wikramanayake T. C. Seborrheic Dermatitis and Dandruff: A Comprehensive Review. *J Clin Investig Dermatol*. 2015. Vol. 3(2). P. 10.13188/2373-1044.1000019. DOI: 10.13188/2373-1044.1000019

20. Компедіум. АТС класифікація. URL: <https://compendium.com.ua/uk/atc/> (дата звернення: 02.04.2025).

21. Дослідження асортименту дерматологічних засобів для місцевого лікування себорейного дерматиту / С. В. Зайка та ін. URL: <https://dspace.nuph.edu.ua/bitstream/123456789/16585/1/140784-304997-1-PB.pdf> (дата звернення: 02.04.2025).

22. Солодовник В. А. Розробка складу, технології і дослідження м'якої лікарської форми з піроктон оламіном та нафталаном знесмоленим для терапії і профілактики себорейного дерматиту волосистої частини голови : дис. на здобуття ступеня д-ра філ. галузі знань «22 Охорона здоров'я» за спеціальністю «226 – Фармація, промислова фармація» / Запорізький державний медичний університет МОЗ України. Запоріжжя, 2021. 190 с. URL: https://zsmu.edu.ua/upload/updisert/dfpharm/211029_solodovnik_va_disertasia.pdf (дата звернення: 02.04.2025).

23. Зайка С. В., Остапеч М. О., Єрмоменко Р. Ф., Баранова І. І. Дослідження фармакологічної активності шампуню для лікування себореї. *Управління, економіка та забезпечення якості в фармації*. 2020. № 2 (62). С. 12. DOI: 10.24959/uekj.20.12

24. Дерматовенерологія. Лікарські засоби. URL: <https://content.net.ua/registration/content/ua1622/pages/f44957.pdf> (дата звернення: 02.04.2025).

27. Солодовник В. А., Гладишев В. В., Бурлака Б. С., Пухальська І. О. Дериватографічне вивчення мазі з піроктон оламіном для терапії та профілактики себорейного дерматиту. *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2020. Т. 13, № 2(33). 249-250.

29. Celleno L., D'amore A., Cheong W. K. The Use of Urea Cream for Hand Eczema and Urea Foam for Seborrheic Dermatitis and Psoriasiform Dermatoses of the Scalp. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2022. Vol. 15. P. 2445-2454. DOI: 10.2147/CCID.S377718.

30. Starace M., Alessandrini A., Piraccini B.M. Clinical evidences of urea at high concentration on skin and annexes. *Int J Clin Pract.* 2020. Vol. 74. P. e13740. DOI: 10.1111/ijcp.13740.

31. Саліцилова кислота. URL: <https://mozdocs.kiev.ua/lixiview.php?id=1615> (дата звернення: 02.04.2025).

32. Rui-Long Gu, Shan-Qing Wang. Clinical study on treatment of facial seborrheic dermatitis with intense pulsed light combined with 30% supramolecular salicylic acid. *Clinics (Sao Paulo)*. 2020. Vol. 75. P. e1875. DOI: 10.6061/clinics/2020/e1875.

33. by Deganit Barak-Shinar, Lawrence J. Green Scalp Seborrheic Dermatitis and Dandruff Therapy Using a Herbal and Zinc Pyrithione-based

Therapy of Shampoo and Scalp Lotion. URL: <https://jcadonline.com/scalp-seborrheic-dermatitis-shinar-january-2018> (Date of access: 02.04.2025).

34. Sorbellini E., Rucco M., Rinaldi F. Photodynamic and photobiological effects of light-emitting diode (LED) therapy in dermatological disease: an update. *Lasers Med Sci.* 2018. Vol. 33(7). P. 1431–1439. DOI: 10.1007/s10103-018-2584-8.

35. Micro-Current Stimulation Suppresses Inflammatory Responses in Peptidoglycan-Treated Raw 264.7 Macrophages and Propionibacterium acnes-Induced Skin Inflammation via TLR2/NF- κ B Signaling Pathway / Hana Lee et al. *Int J Mol Sci.* 2022. Vol. 23(5). P. 2508. DOI: 10.3390/ijms23052508.

36. Біловол А. М., Ткаченко С. Г., Татузян Є. Г. Фізіотерапія в косметології : навч. посіб. Харків : ХНМУ, 2017. 116 с.

37. Seborrheic dermatitis: Self-care. URL: <https://www.aad.org/public/diseases/a-z/seborrheic-dermatitis-self-care> (Date of access: 02.04.2025).

38. The Relationship Between Nutrition Habits, BMI, Anxiety, and Seborrheic Dermatitis / Tayfun Batan et al. *J Cosmet Dermatol.* 2025. Vol. 24(1). P. e16737. DOI: 10.1111/jocd.

39. Personality traits and common psychiatric conditions in patients with seborrheic dermatitis. URL: https://www.scielo.br/j/rpc/a/rXdCBzrrL8Ghzdn7k5c6pdC/?utm_source=chatgpt.com (Date of access: 02.04.2025).

40. Дерматит: себореєйний чи атопічний? / В.О. Кушнір та ін. URL: <https://health-ua.com/article/29595-dermatit-seborejnijchi-atopchni> (дата звернення: 02.04.2025).

ДОДАТКИ

АНКЕТА

1. Стать :

- ☐ Чоловік
- ☐ Жінка

2. Вік :

- ☐ 18-25 років
- ☐ 26-35 років
- ☐ 36-45 років
- ☐ 46-55 років
- ☐ 56 років і старше

3. Чи стикалися ви коли-небудь із себорейним дерматитом/лупою/свербіжем волосистої частини голови?

- ☐ Так
- ☐ Ні

4. У якому віці у вас вперше проявився себорейний дерматит або симптоми схожі на нього (лупа,свербіж волосистої частини голови) ?

- ☐ До 1 року
- ☐ Від 1 до 12 років
- ☐ У підлітковому віці (13-17 років)
- ☐ У молодому віці (18-25 років)
- ☐ У зрілому віці (26-40 років)
- ☐ Після 40 років
- ☐ Важко сказати, не пам'ятаю
- ☐ Інше:

5. Який у вас тип шкіри ?

- ☐ Суха
- ☐ Жирна
- ☐ Комбінована
- ☐ Нормальна

6. Чи маєте ви які-небудь супутні захворювання ? (можна обрати декілька варіантів)

- ☐ Гіпертонія
- ☐ Цукровий діабет
- ☐ Хвороба Паркінсона
- ☐ Захворювання нервової системи
- ☐ Шкірні захворювання
- ☐ Ожиріння
- ☐ Гормональні зміни

Продовження додатку А

- ☐ Немає супутніх захворювань
- ☐ Інше:

7. Які області вашого тіла були уражені себорейним дерматитом ? (можна обрати декілька варіантів)

- ☐ Волосиста частина голови
- ☐ Обличчя (брови, носогубні складки)
- ☐ Груди
- ☐ Спина
- ☐ Вуха
- ☐ Інше:

8. Який був прояв себорейного дерматиту ? (можна обрати декілька варіантів)

- ☐ Сухі білі лусочки (лупа)
- ☐ Жовтуваті, жирні лущення
- ☐ Свербіж
- ☐ Почервоніння шкіри
- ☐ Інше:

9. Чи змінюються ваші симптоми залежно від пори року ?

- ☐ Так, погіршуються взимку
- ☐ Так, погіршуються влітку
- ☐ Ні, не помітив (-ла) змін

10. Чи має хтось із членів вашої родини себорейний дерматит ?

- ☐ Так
- ☐ Ні
- ☐ Не знаю

11. Чи помічали ви зв'язок між стресом та загостренням симптомів себорейного дерматиту ?

- ☐ Так
- ☐ Скоріше так, чим ні
- ☐ Ні
- ☐ Скоріше ні, чим так

12. Наскільки вам психологічно дискомфортно через появу себорейного дерматиту ?

- ☐ Дуже впливає, соромлюсь цього
- ☐ Впливає, але незначно
- ☐ Не впливає

13. Чи змінювався стан вашої шкіри при себорейному дерматиті через клімат ?

- ☐ Так, стан погіршився

Продовження додатку А

- Так, стан покращився
- Ні, нічого не змінювалось
- Ніколи не змінював (- ла) клімат

14. Чи звертались ви до дерматолога-трихолога стосовно лікування себорейного дерматиту ?

- Так
- Ні
- Займався (-лась) самолікуванням

15. Які методи лікування себорейного дерматиту ви застосовували ?

- Лікарські препарати, призначені лікарем
- Самолікування безрецептурними засобами масмаркета
- Не використовую жодні методи лікування

16. Як часто ви миєте голову ?

- Щодня
- Кожні 2-3 дні
- Раз на тиждень
- Інше:

17. Які засоби ви зазвичай використовуєте для миття голови ?

- Звичайні шампуні з масмаркету, без лікувального ефекту
- Масмаркет шампуні проти лупи
- Лікувальні шампуні, які продаються в аптеці
- Косметичні засоби
- Натуральні/органічні шампуні

18. Чим ви керуєтесь при виборі лікарських засобів та засобів для догляду ?
(можна обрати декілька варіантів)

- Рекомендація лікаря
- Порада фармацевта або консультанта в магазині
- Відгуки в інтернеті
- Досвід знайомих/родичів
- Склад засобу
- Ціна
- Реклама
- Попередній позитивний досвід

19. Чи виникають у вас періоди ремісії себорейного дерматиту ?*

- Так, коли дотримуюсь лікування
- Так, незалежно від лікування
- Ні, навіть коли дотримуюсь лікування
- Ні

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ
НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

МАТЕРІАЛИ
XXXI МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ

23–25 квітня 2025 року
м. Харків

Харків
НФаУ
2025

УДК 615.1

Редакційна колегія: проф. Котвіцька А. А., проф. Владимірова І. М.

Укладачі: Сурікова І. О., Боднар Л. А., Комісаренко М. А., Комісарова Є. Є.

Актуальні питання створення нових лікарських засобів: матеріали XXXI міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених та студентів (23-25 квітня 2025 р., м. Харків). – Харків: НФаУ, 2024. – 515 с.

Збірка містить матеріали міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених та студентів «Актуальні питання створення нових лікарських засобів, які представлені за пріоритетними напрямками науково-дослідної роботи Національного фармацевтичного університету. Розглянуто теоретичні та практичні аспекти синтезу біологічно активних сполук і створення на їх основі лікарських субстанцій; стандартизації ліків, фармацевтичного та хіміко-технологічного аналізу; вивчення рослинної сировини та створення фітопрепаратів; сучасної технології ліків та екстемпоральної рецептури; біотехнології у фармації; досягнень сучасної фармацевтичної мікробіології та імунології; доклінічних досліджень нових лікарських засобів; фармацевтичної опіки рецептурних та безрецептурних лікарських препаратів; доказової медицини; сучасної фармакотерапії, соціально-економічних досліджень у фармації, маркетингового менеджменту та фармакоекономіки на етапах створення, реалізації та використання лікарських засобів; управління якістю у галузі створення, виробництва й обігу лікарських засобів; суспільствознавства; фундаментальних та мовних наук.

УДК 615.1

© НФаУ, 2025

XXXI Міжнародна науково-практична конференція молодих вчених та студентів
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ»

радитись з ним або з працівником аптеки при обранні та застосуванні препарату. Також, за отриманими результатами анкетування, належать також як перелік станів та захворювань, що можуть супроводжуватись закресом, так й інформація, у яких ситуаціях при закресу необхідно звертатися до лікаря. При узагальненні результатів анкетування потрібно також врахувати той факт, що за окремими питаннями серед співробітників аптек відмічалася невисока проінформованість.

Висновки. На підставі результатів проведеного анкетування як серед працівників, так і відвідувачів аптек, можна зробити висновок, що за деякими аспектами підвищення обізнаності обох категорій респондентів з тематики анкетування є доцільним. Для цього пропонується розробити додаткові навчальні матеріали, які б акцентували увагу на питання фармакокінетики і фармакодинаміки проносних засобів, а також впровадити спеціалізовані освітні програми, включаючи семінари, вебінари та додаткові навчальні посібники, спрямовані на вдосконалення підготовки фахівців у сфері фармацевтичної опіки при закресу.

СЕБОРЕЙНИЙ ДЕРМАТИТ: ЛІКУВАННЯ ТА МЕТОДИ КОСМЕТОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ

Кофанова С.В.

Науковий керівник: Рябова О.О.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

skofanova777@gmail.com

Вступ. Себорейний дерматит (СД) — це хронічне захворювання шкіри, що проявляється лущенням та свербіжем, переважно у ділянках із підвищеною секрецією шкірного сала. Основними етіологічними факторами вважаються надлишкова активність сальних залоз, колонізація шкіри грибами роду *Malassezia*, а також імунна відповідь організму. Незважаючи на наявність різноманітних засобів для лікування СД, його терапія часто є симптоматичною та потребує індивідуального підходу.

Мета дослідження. Дослідження спрямоване на узагальнення сучасних наукових даних щодо ефективного лікування та профілактики себорейного дерматиту.

Матеріали та методи. Використана наукова та науково-популярна література щодо СД, його лікування та методів косметологічної корекції.

Результати дослідження. На сьогоднішній день розглядається комплексний підхід до лікування СД, що включає застосування лікарських засобів, косметологічні процедури та догляд за шкірою.

Сучасні методи лікування СД ґрунтуються на даних про його грибкову етіологію. Нині для лікування СД застосовують антимікотичні засоби, що зменшують колонізацію ліпофільними дріжджами. При легких формах СД із локалізацією висипань на гладкій шкірі використовують мазь, крем чи розчин протигрибкового препарату 1-2 рази на день протягом 2-4 тижнів. При ураженні волосистої частини голови рекомендують шампуні, що містять кетоконазол, 2 рази на тиждень до зникнення симптомів дерматозу. Надалі ці засоби можуть використовуватися для профілактики лупи.

На даний момент розглядаються і фототерапію в СД. Фототерапія характеризується терапевтичним застосуванням ультрафіолетового випромінювання. Фототерапію можна

Секція 8 «ФАРМАКОЛОГІЯ, ФАРМАКОТЕРАПІЯ,
КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ ТА КЛІНІЧНА КОСМЕТОЛОГІЯ»

здійснювати під впливом сонячного світла, ультрафіолетового випромінювання А (UVA) або ультрафіолетового випромінювання В (UVB).

Фотодинамічна терапія — метод лікування деяких хвороб шкіри або інфекційних захворювань, який базується на застосуванні світлочутливих речовин — фотосенсибілізаторів, як правило, видимого світла певної довжини хвилі. Сенсибілізатор може застосовуватися у вигляді аплікацій. Препарати для фотодинамічної терапії мають властивість вибірково накопичуватися в уражених клітинах. Після цього тканини опромінюють світлом з довжиною хвилі, яка відповідає максимуму поглинання сенсибілізатора. Як джерело світла використовують лазерні пристрої, які випромінюють світло високої інтенсивності та певної довжини хвилі.

Інтенсивне імпульсне світло, або IPL терапія, при СД допомагає знизити рівень запалення, мінімізувати свербіж та прибрати лущення.

Серед методів апаратної косметології також можна зазначити вплив дарсонвалізації. Дарсонвалізація — це фізіопроцедура, передбачає вплив високочастотного імпульсного струму (до 400 МГц) на шкіру голови. Застосовується спеціальний апарат — апарат Дарсонваль. Дарсонвалізація шкіри голови дозволяє запустити регенераційні процеси в клітинах волосяних фолікулів, усунути лупу та себорею, нормалізувати роботу сальних залоз.

Мікрострумова терапія — процедура, яка передбачає вплив на клітини шкіри електричним струмом малої частоти та амплітуди. Як результат, зменшення запалення, свербіжу та лущення на шкірі.

Кріомасаж — стимулює кровообіг і обмінні процеси в тканинах, що покращує надходження кисню і поживних речовин у клітини. Ефект від цієї процедури полягає у відлущуванні ороговілих клітин шкіри, мінімізується рівень саловиділення, зменшується запалення.

Мезотерапія — процедура, при якій інтрадермально вводяться препарати з активними речовинами, наприклад, вітамінами, мікроелементами, пептидами, полінуклеотидами. Мезотерапія волосистої частини голови покращує стан шкіри, стимулює кровотік і ріст волосся.

Плазмотерапія/ PRP-терапія — це ін'єкційна процедура, при якій в уражену ділянку шкіри вводиться збагачена тромбоцитами плазма, приготована з крові самого пацієнта. Плазмотерапія допомагає регулювати роботу сальних залоз, має протизапальні та регенеративні властивості, активує кровообіг та обмінні процеси. Завдяки плазмі, збагаченій тромбоцитами, відновлюється місцевий імунітет шкіри голови, що значно зменшує ризик виникнення мікозів (грибкових інфекцій).

Гігієнічний догляд включає регулярне очищення уражених ділянок м'якими засобами та зволоження. Очищувальні засоби дозволяють видалити лущення, яке утворилось на поверхні шкіри. Застосовують також кератолітичні засоби, діючими речовинами таких засобів є сечовина або саліцилова кислота, що сприяють рівномірному відлущенню клітин. Зволожувальні засоби підтримують рівень вологи у шкірі, таким чином покращують її еластичність і запобігають випаровуванню вологи.

Профілактика рецидивів включає підтримуючу терапію із застосуванням протигрибкових засобів 1–2 рази на тиждень, що є ефективним у запобіганні загострення. Управління факторами ризику: уникнення стресу, нормалізація сну, збалансоване харчування та відмова від агресивних косметичних засобів позитивно впливають на перебіг захворювання. Одним із важливих факторів є психоемоційний стан. Багатьом пацієнтам зовнішній вид СД завдає незручностей і невпевненості. Тому важливо це також обговорювати зі спеціалістом.

Висновки. Себорейний дерматит є хронічним захворюванням, що потребує комплексного підходу до лікування. Ефективна терапія включає протизапальні та антимікотичні

XXXI Міжнародна науково-практична конференція молодих вчених та студентів
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ»

засоби, правильний догляд за шкірою та усунення факторів, що провокують загострення. Використання косметологічних та фізіотерапевтичних процедур. Регулярне очищення та зволоження шкіри сприяє підтриманню її бар'єрної функції, а зміна способу життя, зокрема зменшення стресових навантажень, допомагає досягти стабільної ремісії. Важливу роль відіграє інформування пацієнтів і дотримання ними рекомендацій для запобігання рецидивам.

НАНОТЕХНОЛОГІЇ У КОСМЕТОЛОГІЇ: ЯК ВОНИ ЗМІНЮЮТЬ ПІДХІД ДО ANTI-AGE ТЕРАПІЇ

Красна В.В.

Науковий керівник: Рябова О.О.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

vitaminka5160@gmail.com

Вступ. Сучасна косметологія зазнає стрімких змін завдяки впровадженню нанотехнологій, які дозволяють досягати глибшого проникнення активних речовин у шкіру, підвищувати їх біодоступність та забезпечувати довготривалий anti-age ефект. Наночастинки, капсульовані системи доставки, наноемульсії та інші форми використовуються для транспортування вітамінів, пептидів, антиоксидантів та гіалуронової кислоти до глибоких шарів шкіри.

Мета дослідження. Проаналізувати ефективність та безпеку нанотехнологій у косметології для anti-age терапії, зокрема їх вплив на омолодження шкіри, зменшення зморшок та покращення бар'єрної функції.

Матеріали та методи. Проведено аналіз наукових публікацій, оглядів, клінічних досліджень, що висвітлюють застосування наноформ у косметичних засобах, а також дослідження ефективності різних нанопрепаратів у пацієнтів з віковими змінами шкіри.

Результати дослідження. Наукові джерела свідчать, що нанотехнології підвищують ефективність anti-age засобів завдяки поліпшеному проникненню через епідермальний бар'єр; контрольованому вивільненню активних компонентів; зниженню ризику подразнення завдяки інкапсуляції речовин.

Найпоширенішими наноформами є наноемульсії, ліпосоми, наносфери, нанокapsули. Наприклад, ліпосомальні форми вітаміну С мають більшу стабільність і ефективніше стимулюють синтез колагену. Наногіалуронова кислота проникає глибше в дерму, зволожує шкіру та зменшує дрібні зморшки.

Клінічні дослідження показали, що регулярне застосування косметичних засобів із наноформулами протягом 6–8 тижнів призводить до статистично значущого зменшення глибини зморшок, покращення еластичності шкіри та її зволоження. Однак існує потреба в додаткових дослідженнях з довготривалої безпеки, можливості проникнення наночастинок у кровообіг, а також створення регламентів щодо використання наноматеріалів у косметології.

Висновки. Нанотехнології відкривають нові можливості у сфері anti-age терапії, дозволяючи створювати ефективніші та безпечніші засоби догляду за шкірою. Наночастинки сприяють глибшому проникненню активних речовин, пролонгованому ефекту та зменшенню побічних реакцій. Водночас важливо продовжити дослідження з оцінки безпеки та стандартизації нанопрепаратів для їх широкого використання в косметології.



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

СЕРТИФІКАТ УЧАСНИКА

Цим засвідчується, що

Кофанова С.В.

Науковий керівник: Рябова О.О.

брав(ла) участь у роботі

XXXI Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених та студентів

«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ»

В.о. ректора
Національного фармацевтичного
університету



Алла КОТВИЦЬКА

23-25 квітня 2025 р, м. Харків

