



Снежана Рыжакова, врач-дерматовенеролог, косметолог,
г. Екатеринбург

Коррекция атрофических рубцов кожи коллагеновым комплексом

Пациенты часто обращаются к врачам эстетической медицины, косметологам и пластическим хирургам с жалобами на рубцы на лице. Методики лечения рубцов постоянно совершенствуются. Рассмотрим одну из них – инъекционную терапию коллагеном.

Рубец – это продукт регенерации (восстановления) поврежденной кожи. Он представляет собой новообразованную соединительную ткань.

Характерный вид рубцов обусловлен дефектом соединительной ткани под ними, дефицитом или избытком коллагена и эластина, основных белков, образующих каркас кожи.

Перманентный рубец может возникнуть вследствие воспалительной угревой сыпи, травмы, хирургических манипуляций, вирусных инфекций (вирус ветряной оспы, герпес).

Типы рубцов на лице

Выделяют две обширные группы рубцов: атрофические и гипертрофические. Атрофические в свою очередь делятся на четыре основных типа:

1) в виде «удара ледорубом».

Обычно небольшие (1–2 мм), имеют широкую апертуру и стенки, сходящиеся под острым углом в одной точке. Выглядит так, как будто кожу проткнули ледорубом. Эпителизация раны происходит вдоль стенок изнутри. Могут быть пологими или глубокими, способны распространяться на область кожно-подкожного соединения;

2) вагонообразные.

Круглые или овальные, с четко визуализируемыми вертикальными краями и плотным основанием. Выглядит так, как будто кожу проштамповали. Глубина обычно равняется 0,1–0,5 мм. Достаточно широкие, расположены изолированно. В отличие от рубцов по типу «удара ледорубом», стенки вагонообразных рубцов не сходятся в

одной точке;

3) пологие/атрофические.

Их можно сравнить с группой уменьшенных вагонообразных рубцов. Обычно появляются группами (четыре и более) и выявляются на щеках;

4) желобообразные/накатанные.

Более глубокие и имеют волнистую структуру, которая лучше заметна при непрямом освещении. Появляются вследствие потери разных объемов ткани, дермы и/или подкожной клетчатки на разных участках. Объем может уменьшаться за счет дермы или за счет тканей, располагающихся под кожей.

Устранить недостаток ткани в области с пониженным объемом можно двумя способами:

1) ввести туда наполнитель;

2) индуцировать воспалительную реакцию, которая приведет к ремоделированию коллагена и увеличению его объема в процессе заживления раны.

Например, постугревые рубцы и рубцы после ветряной оспы являются дефектами дермы, поэтому при лечении таких пациентов необходимо применять методы, воздействующие на дермальный слой.

Коррекция желобообразных/накатанных рубцов инъекциями коллагена

Уже в течение многих десятилетий наполнители мягких тканей применяются в целях коррекции поверхностных дефектов. При выборе наполнителя необходимо учитывать:

– длительность его действия;

– анатомические особенности области;

– глубину рубца;

– риск развития аллергической реакции или реакции гранулематозного воспаления;

– риск инфицирования.

Противопоказаниями к использованию наполнителей являются келоидные рубцы в анамнезе, аллергические реакции на любой компонент наполнителя, активный инфекционный процесс в области, где планируется имплантировать наполнитель, наличие аутоиммунных заболеваний.

Следует заметить, что имплантация наполнителя в область надпереносья сопряжена с высоким риском развития некроза, поэтому после манипуляции необходим дополнительный уход.

Наиболее значимым прогностическим фактором при имплантации наполнителя является степень плотности тканей и фиброза в области рубца. При наличии выраженного фиброза эффективность лечения с помощью наполнителей снижается.

Одним из самых эффективных наполнителей является коллаген (как доминирующий компонент в составе того или иного препарата). Он может быть человеческим или животным.

Перед введением животного коллагена необходимо провести кожную аллергическую тест-пробу. Коллагеновый гель вводится в поверхностные слои дермы, при этом выполняется легкая гиперкоррекция.

Механизм действия инъекций с коллагеном:

1. Асептический раневой процесс в области вмешательства, высвобождение

ние медиаторов воспаления приводят к провоцированию ответной реакции организма в виде стимуляции фибриллогенеза.

2. Активизируется пролиферация фибробластов и рост нервных волокон (усиление макрофагальной реакции) – резорбция макрофагами гетерологичного коллагена.

3. Выделяется термостабильный полипептидный фактор, усиливающий синтез ДНК и пролиферацию фибробластов.

4. Стимулируется синтез собственного коллагена, формируется новый аутодермальный слой, который действует как шаблон формирования новой ткани, обеспечивает направленный контакт эпителиальных клеток и фибробластов, создавая их оптимальную миграцию и ориентацию. Клетки, «заселившие» коллагеновую матрицу, начинают синтезировать собственный коллаген и другие компоненты межклеточного матрикса, которые постепенно замещают биоимплант.

5. Формируется трехмерный матрикс: эластин – коллаген – ГК – гликозаминогликаны – вода – эссенциальные элементы.

Схема терапии:

Проводится одна процедура в 2–4 недели, затем один раз в месяц. Количество процедур – 3–10. Допустима гиперкоррекция. Техника точечная, линейная.

Продолжительность терапии составляет 3–9 месяцев, в зависимости от степени выраженности атрофии (см. рисунок).



Атрофические изменения кожи:
а) до лечения; б) после лечения
(проведено три инъекции)

Взаимодействие врача с пациентом

Открытое общение и хороший контакт врача и пациента не могут быть переоценены. Пациенты, которые платят за косметологические услуги, обычно ожидают отличных результатов лечения. Поэтому перед проведением манипуляций необходимо объ-

яснить пациенту, какого эффекта при использовании конкретного метода лечения можно добиться в действительности. Необходимо сообщить ему обо всех возможных побочных эффектах и нежелательных исходах лечения. Также следует проинформировать пациента об ожидаемом сроке реабилитации и неудобствах, которые могут отмечаться в этот период.

На консультации необходимо подробно расписать схемы лечения, помогающие нормализовать состояние кожи, и подсчитать временные и финансовые затраты. Наконец, следует определить порог болевой чувствительности пациента и выбрать метод обезболивания (топическая, местная анестезия или пероральные препараты, подавляющие болевую чувствительность).

Перед и после лечения необходимо в обязательном порядке делать фотографии, так как они являются важным документом. Перед выполнением снимков пациенты должны полностью удалить макияж. Все снимки следует выполнять с учетом единых стандартов, при постоянном освещении, в определенных ракурсах. ♥



Реклама

КОЛЛОСТ®
ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ
КОЛЛАГЕНОВЫЙ КОМПЛЕКС

- ГЛУБОКАЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕРМЫ
- КОРРЕКЦИЯ АТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ
- КОРРЕКЦИЯ ИНВОЛЮЦИОННО-ДЕПРЕССИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ
- ПОДГОТОВКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ КОЖИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ И АГРЕССИВНЫХ ПРОЦЕДУР



НИАРМЕДИК ПЛЮС

125252, МОСКВА,
УЛ. АВИАКОНСТРУКТОРА МИКОЯНА, 12
ТЕЛ./ФАКС: +7 (495) 741-49-89

Региональный представитель по Уралу –
Елена Викторовна Крихно,
тел. 8-915-270-01-89

www.collost.ru