

Школа практикующего специалиста

Клинический опыт лечения атрофических рубцов с использованием материала для инъекционной контурной пластики – геля Коллост™ 7%

О.В. Забненкова, кандидат медицинских наук, врач-дерматолог, косметолог, заведующая отделением косметологии ООО «Клиника Данищука»

О.Ю. Павленко, кандидат медицинских наук, врач-дерматолог, косметолог, отделение косметологии ООО «МС «Деталь»

Москва, Россия

e-mail: zabnenkova@yandex.ru

Лечение атрофических рубцов может представлять определенные сложности. В своей работе мы использовали гель Коллост™ 7% (ООО «Ниармедик Плюс», Россия), содержащий нереконструированный коллаген I типа с сохраненной трехспиральной структурой волокна. Показано, что введение геля в раневую зону активирует сложный каскад клеточных реакций: усиление макрофагальной реакции, пролиферацию собственных фибробластов и синтез нативного коллагена, ускоренное формирование грануляционной ткани и восстановление нормальной структуры дермы [1]. Такие свойства коллагена делают возможным его применение для лечения атрофических деформаций различного генеза [2, 3].

О.В. Забненкова, О.Ю. Павленко. Клинический опыт лечения атрофических рубцов с использованием материала для инъекционной контурной пластики – геля Коллост™ 7% // Пластическая хирургия и косметология. 2010(4)

Атрофические рубцы формируются в результате травмы, воспаления, ятрогенных воздействий. Общеизвестными методами коррекции рубцовых изменений являются фракционный фототермолиз, дермабразия и другие виды шлифовок. Инъекционное введение геля Коллост™ 7% позволяет получить выраженный клинический эффект при лечении атрофических рубцовых деформаций кожи.

Ключевые слова:

атрофия, рубец, гель Коллост™, коллаген

Клинический случай 1

Пациентка Н. 30 лет обратилась в отделение косметологии ООО «МС «Деталь» с жалобами на деформацию (западение) мягких тканей спинки носа, сформировавшуюся в месте наложения фиксирующей гипсовой повязки после ринопластики.

Анамнез. На 2 день после оперативного вмешательства пациентка почувствовала зуд и болезненность в области спинки носа. В связи с нарастающими субъективными ощущениями на 3 день гипсовая повязка была удалена.

При осмотре был определен атрофический дефект мягких тканей в центральной части спинки носа в виде вдавленного концентрического «островкового» рубца диаметром 2 см с ярко выраженной эритемой (рис. 1а).

O.V. Zabnenkova, O.Y. Pavlenko. Clinical experience of the treatment of atrophic scars with the use of the material for injection contour plasty – Collost™ gel 7% // Plastic Surgery and Cosmetology. 2010(4)

Atrophic scars occur as a result of injuries, inflammation or iatrogenic influence. The generally recognized methods of correction of scarry changes are fractional photothermolysis, dermabrasion and other types of dermal resurfacing. Injection of the Collost™ gel (7%) allows achieving a pronounced effect in the treatment of atrophic scarry skin deformations.

Key words:

atrophy, scar, Collost™ gel, collagen

Клинический опыт лечения атрофических рубцов с использованием материала для инъекционной контурной пластики – геля Коллост™ 7%



Рис. 1. Пациентка Н. 30 лет: атрофия кожи, сформировавшаяся в месте наложения фиксирующей гипсовой повязки после ринопластики (а); результат инъекций геля Коллост™ 7% (10 процедур) (б) и 3 сеансов IPL-терапии (в)

Первоначально пациентке проводилась только наружная терапия (крем Целестодерм В и крем Солкосерил – 2 раза в сутки) для купирования воспаления и ускорения репаративных процессов. С 10 дня реабилитационного периода было принято решение о проведении дополнительной инъекционной терапии гелем Коллост™ 7% для восстановления дефицита мягких тканей и коррекции посттравматической атрофической деформации носа. Курс лечения составил 10 сеансов, процедуры проводились каждые 2–4 недели (1–3 сеанса в течение 2 недель, последующие – 1 раз в месяц). Гель Коллост™ вводился непосредственно в зону атрофии в объеме 0,1–0,2 мл с преднамеренной гиперкоррекцией. Из побочных реакций после процедуры можно отметить: яркую разлитую ги-

перемию, чувство распирания и жжения, которые исчезали самостоятельно в течение первых суток после процедуры и не требовали назначения дополнительной терапии

Через 4 месяца был достигнут выраженный клинический эффект – подъем дна и сглаживание атрофической рубцовой деформации кожи спинки носа (рис. 1б). На следующем этапе лечения пациентке была назначена IPL-терапия для устранения стойкой эритемы и телеангиэктазий.

Было проведено 3 сеанса фототерапии (каждые 2 недели) с помощью аппарата IPL Quantum (Lumenis, США), интенсивность воздействия составляла 30–31 Дж (рис. 1в).

Таким образом, в результате проведенной комбинированной терапии достигнут выраженный кли-

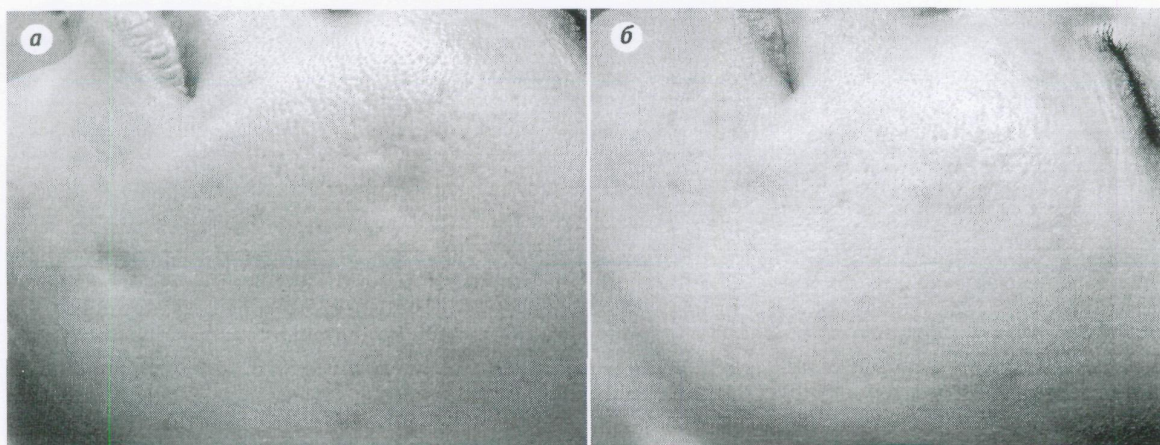


Рис. 2. Пациентка Л. 32 лет: атрофия кожи после введения Дипроспана (а); результаты лечения гелем Коллост™ 7% (8 сеансов) (б)

нический эффект при лечении посттравматической атрофии кожи (рис. 1б).

Клинический случай 2

Пациентка Л. 32 лет обратилась с жалобами на западение кожи в области щек, появление которого связывает с введением препарата Дипроспан. Внутридермальные инъекции пролонгированных стероидов были назначены пациентке для рассасывания инфилтративных элементов акне.

При осмотре: кожный процесс локальный, невоспалительного характера, представлен единичными овальными атрофическими очагами диаметром 4–6 мм, с четкими контурами и единичными телеангиэктазиями, локализованными в области правой и левой щек (рис. 2а).

Для восстановления структуры кожи и заполнения атрофического дефекта пациентке проводилась инъекционная терапия гелем Коллост™ 7%. Препарат в объеме 0,25–0,3 мл вводился в каждый очаг, непосредственно в дно атрофии до достижения гиперкоррекции. Дополнительно непосредственно перед введением геля Коллост™ выполнялась сепарация дна атрофической деформации от подлежащих тканей. Для этого использовали иглу 27G.

Было проведено 8 сеансов. В результате терапии была достигнута полная коррекция атрофических изменений кожи (рис. 2б).

ВЫВОДЫ

Атрофические изменения кожи вследствие травмы, инфицирования, ятрогенного воздействия достаточно часто встречаются в клинической практике. В приведенных случаях причинами возникновения рубцовой атрофии кожи послужили гипсовая повязка, наложенная после ринопластики, и нарушение метода введения пролонгированных стероидов.

Результаты проведенной терапии доказали эффективность геля Коллост™ 7% при лечении атрофических рубцов.

Однако применение данного препарата имеет ряд особенностей:

- учитывая возможный риск аллергических реакций, за 14 дней до начала лечения обязательно следует проводить внутрикожную алергопробу;
- для повышения клинического эффекта непосредственно перед введением препарата рекомендуется выполнить сепарацию рубцовых деформаций от подлежащих тканей;
- гель Коллост™ необходимо вводить до получения гиперкоррекции, необходимый же объем препарата может быть различным и зависит от выраженности атрофического дефекта;

- инъекции препарата Коллост™ необходимо проводить как можно раньше (возможно даже до эпителизации), количество сеансов определяется индивидуально – до достижения клинического эффекта;

- рекомендуется сочетать данную терапию с другими общепринятыми методами лечения рубцов (фракционным термолизом, дермабразией, фототерапией и др.).

Декларация материальной заинтересованности.

Авторы не имеют никакой материальной заинтересованности. Препарат был оплачен пациентами, в статье изложен личный опыт и собственные наблюдения авторов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Забненкова О.В. Инъекции коллагена при терапии атрофических рубцов. *Kosmetik International Journal* 2006;6:14–18.
2. Забненкова О.В. Клинический опыт коррекции гипертрофических, келоидных и атрофических рубцов. *Врач* 2007;2:32–34.
3. Забненкова О.В. Коррекция атрофических и рубцовых деформаций кожи с помощью геля Коллост™. *Эстетическая медицина* 2007;VI(4):481–488.