

**Ki**  
magazin

®

**KOSMETIK**  
INTERNATIONAL

**2'** 2014

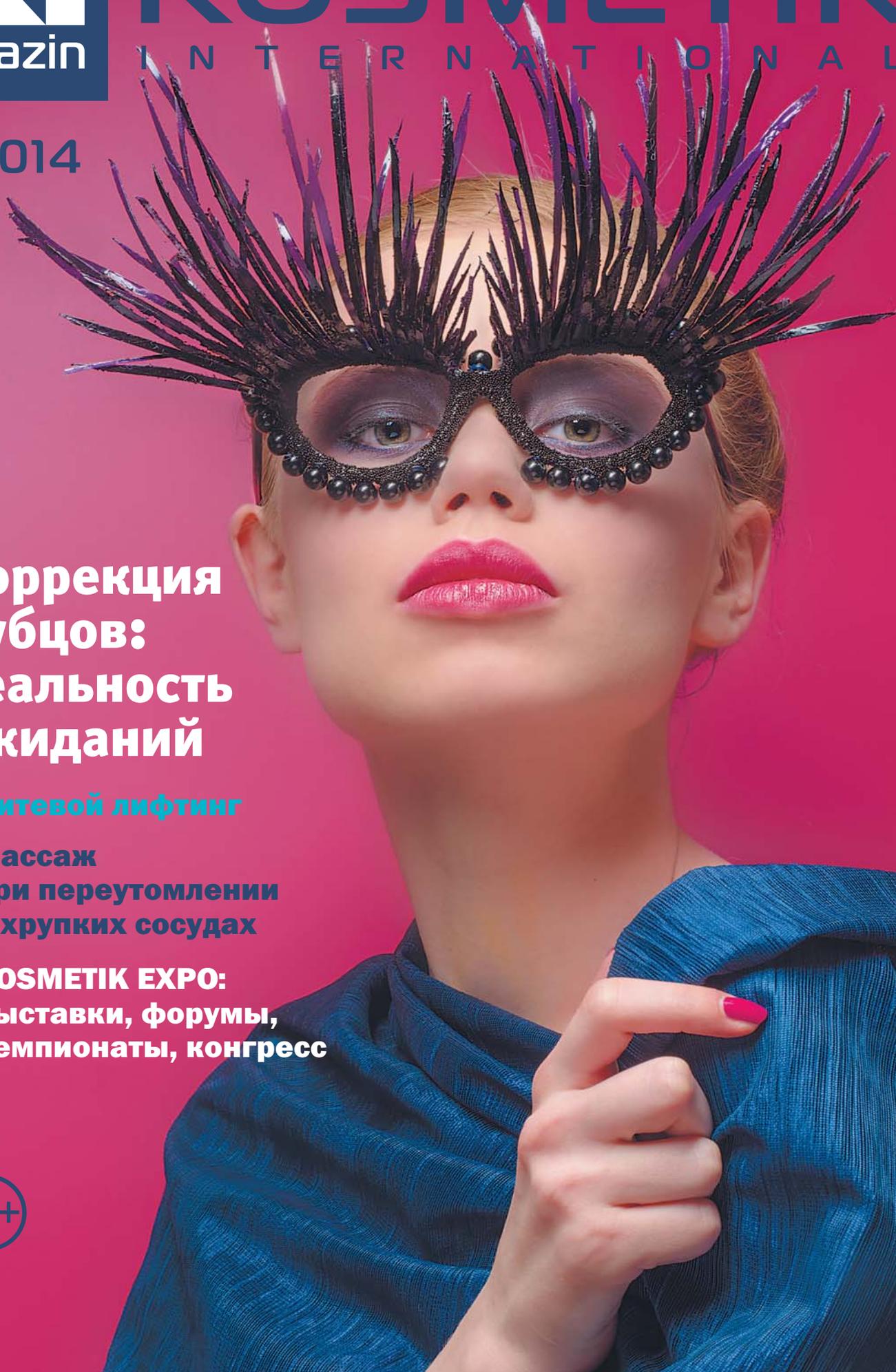
**Коррекция  
рубцов:  
реальность  
ожиданий**

**Нитевой лифтинг**

**Массаж  
при переутомлении  
и хрупких сосудах**

**KOSMETIK EXPO:  
выставки, форумы,  
чемпионаты, конгресс**

16+



# Комплексный подход

## при лечении рубцовых изменений кожи

**С.В. Данилова**, к.м.н., дерматокосметолог, физиотерапевт, СПИК Институт красоты г. Москвы, преподаватель кафедры нормальной физиологии РУДН, Москва

**Р**убцы — это результат биологического процесса заживления кожи, в результате которого происходит образование фиброзно-измененной ткани. Рубцовая ткань не является идентичной здоровой ткани и обладает более низкими функциональными и эстетическими свойствами. Характерный вид рубцов обусловлен дефицитом или избытком коллагена и эластина, основных белков, образующих каркас кожи.

### Классификация рубцов

#### Физиологические

- нормотрофические

#### Патологические

- атрофические и гипотрофические
- гипертрофические
- келоидные

По объему рубцово-измененной ткани рубцы делятся на избыточные (гипертрофические и келоидные — выступают над поверхностью кожи), нормотрофические (расположены на уровне поверхности кожи) и атрофические (расположены ниже поверхности кожи).

**Нормотрофические рубцы** расположены на одном уровне с окружающей тканью, имеют бледный или телесный цвет и обладают практически нормальной эластичностью. Они возникают в процессе заживления ран, через 3–6 месяцев становятся тонкими и не причиняют каких-либо физических неудобств человеку. Эти рубцы, как правило, не нуждаются в коррекции. Исключение составляют случаи изменений их эстетической составляющей, когда требуется улучшение внешнего вида рубца, сглаживание поверхности или ускорение темпа нормализации цвета.

**Атрофические рубцы** характеризуются дряблой кожей над их поверхностью, поперечной исчерченностью (при линейных рубцах). Зачастую такие рубцы депигментированы, поэтому выглядят белыми. Характерный вид этих рубцов обусловлен дистрофией соединительной ткани под рубцом, дефицитом коллагена и эластина, основных белков, образующих каркас кожи.

К этой группе рубцов относятся **стрии** («растяжки», полосовидная атрофодермия) — своеобразную атрофию кожи в виде узких, запавших волнистых полос, локализующихся преимущественно на коже молочных желез, туловища и конечностей. На начальных этапах возникновения стрий в очагах поражения развивается воспалительная реакция на микротравму. На более поздних сроках наблюдается истончение эпидермиса и дермы, нарушается расположение коллагеновых волокон, разрежение или исчезновение эластических волокон в центре очага, образование их конгломератов на периферии. Возникает полосовидная атрофия кожи, механизм образования которой сходен с образованием атрофических рубцов. В рубцовой ткани нет пигмента, поэтому стрии остаются белыми при загаре и становятся более заметными на фоне загорелой кожи.

**Гипертрофические рубцы** выступают над поверхностью кожи, этот процесс сопровождается зудом. Цвет таких рубцов сначала ярко-красный, позже — белесовато-желтый. С течением времени (через годы и десятилетия) они уплощаются. Возникают, как правило, после оперативных вмешательств и травм (в случае заживления вторичным натяжением) по причине

воспаления, присоединения вторичной инфекции, снижения местных иммунных реакций, эндокринных дисфункций и др. Рубцы подвижны, безболезненны, куполообразной формы, плотной или твердой консистенции с гладкой поверхностью. Локализуются обычно в области щек, носогубных складок, вокруг рта, на передней, задней и боковой поверхности шеи, на груди. Гипертрофические рубцы, как и келоидные, возвышаются над окружающей кожей, но, в отличие от келоидных, занимают площадь, соответствующую предшествующему повреждению.

*Патоморфология кожи:* молодая плотная соединительная ткань с нагромождением коллагеновых волокон.

**Келоидные рубцы** относятся к группе псевдоопухолевых заболеваний кожи. Это плотное бугристое разрастание соединительной ткани с гладкой блестящей поверхностью и цветом от розового до синюшно-багрового. Нередко пациенты отмечают покалывание, жжение, зуд и боль в области рубца. Келоиды характеризуются способностью к постоянному росту и рецидивам после лечения. Образуются на местах ожогов, травм, после воспалительных процессов и операций. Келоиды могут быть активными (растущими) и неактивными (стабилизированными) независимо от давности рубца.

**Активный келоид** растет и вызывает боль, зуд, чувство онемения, эмоциональные расстройства, имеет вид напряженного красного рубца, часто с синюшным отеком.

**Неактивный келоид** не растет, субъективно не беспокоит пациента, цвет рубца розовый, приближается к цвету нормальной кожи.

Патоморфология кожи: напоминает гипертрофический рубец, отличительные признаки — толстые эозинофильные пучки коллагеновых волокон и отсутствие клеток.

## Методы лечения

- Хирургический метод (пластика рубца методом иссечения).
- Шлифовка с помощью лазера, микродермабразии.
- Инъекции и аппликации коллагеносодержащих препаратов.
- Криодеструкция.
- Электрофорез с лидазой, гиалуроновой кислотой.
- Обкалывание пролонгированными стероидными препаратами, топические стероиды для купирования воспаления.
- Гели «Контрактубекс», «Медерма», «Куриозин», космецевтика (лосьоны и кремы).
- Мезотерапия, химические пилинги, озонкислородная терапия, филлеры (препараты на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты).
- Коррекция эндокринопатий — ведение пациентов совместно с эндокринологом.

В последние годы использование метода КОЛЛОСТОТЕРАПИИ позволило по-новому взглянуть на лечение нормо-, гипо- и атрофических рубцовых изменений кожи и существенно улучшить результаты терапии. В основе метода лежит использование геля «КОЛЛОСТ»® 7% и 15%, который представляет собой матрицу для направленной тканевой регенерации, что позволяет использовать его с целью активизации синтеза собственного коллагена. Главными же «героями» синтеза продуктов-предшественников белков с волокнистой структурой и промежуточного вещества являются **фибробласты**. Это доминирующий тип клеток (до 75% всех клеток) в соединительной ткани, продуцирующих компоненты внеклеточного матрикса, а также ферменты и биологически активные вещества: металлопротеиназы матрикса — коллагеназы (деградирует коллаген при нейтральном pH), эластазы и ростовых факторов. При введении геля «КОЛЛОСТ»® в область коррекции наблюдается эффект

немедленного механического заполнения. Введение биоматериала приводит к выбросу большого количества цитокинов, макрофагов, тучных клеток в область коррекции, что способствует активации фибробластов, их прикреплению к коллагеновым волокнам имплантата «КОЛЛОСТ»®, миграции и росту новообразованных коллагеновых фибрилл строго по введенной коллагеновой матрице. Это способствует восстановлению нормальной архитектуры дермы, улучшению дермальных характеристик и заполнению дефекта. «КОЛЛОСТ»® — это «биологический макет межклеточного вещества дермы», волокна которой напоминают решетку, действующий как шаблон для формирования новой ткани. Гистоморфологическими и электронно-микроскопическими исследованиями доказано, что рост новой ткани идет строго по коллагеновой решетке матрицы имплантата.

Эффективность коллагенового комплекса клинически подтверждена и определяется не только эффектом замещения, но и результатом активизации синтеза собственного коллагена с восстановлением структуры дермы.

## Практическая часть

1. За 14 дней до процедуры врач делает аллергопробу (папульно вводит в кожу предплечья гель «КОЛЛОСТ»®) с целью исключения аллергической реакции. Перед началом курса лечения врач оценивает аллергопробу и при отрицательной тест-пробе проводит процедуру КОЛЛОСТОТЕРАПИИ.
2. Для снижения чувствительности перед началом процедуры врач проводит местную анестезию, нанося обезболивающий препарат на область предполагаемой коррекции и оставляя его на 30–60 минут для достижения максимального эффекта.

## Схема терапии гелем «КОЛЛОСТ»® 7% и /или 15% нормо-, гипо- и атрофических рубцов

- 1 сеанс в 2–4 недели.
- Количество сеансов: 3–10.
- Гиперкоррекция НЕОБХОДИМА.
- Техника: папульная, линейная — инъекции проводятся интрадермально.

- Обязательная обработка краевой зоны рубца.
- Продолжительность терапии — 3–9 месяцев в зависимости от степени рубцовых изменений дермы.

## Выбор геля

Ориентиром служит ширина рубца: до 7 мм — используем 7% гель «КОЛЛОСТ»®, более 7 мм — предпочтительнее 15% гель «КОЛЛОСТ»®.

## Рекомендуемый расход геля

Линейные рубцы: на 1 см рубцовой ткани — в среднем 0,1 мл геля «КОЛЛОСТ»®.

На участках с близко расположенными стриями возможен расчет по площади:

1,5 мл геля «КОЛЛОСТ»® на площадь от 7 x 7 (см) до 10 x 15 (см) в зависимости от плотности расположения рубцовых изменений кожи.

КОЛЛОСТОТЕРАПИЯ с успехом сочетается с другими методиками, например лазерными технологиями.

Схема терапии гелем «КОЛЛОСТ»® 7% и /или 15% нормо-, гипо- и атрофических рубцов и фракционного лазера

- «КОЛЛОСТ»® 7% и/или 15% — 1-й сеанс, через 3 недели фракционный лазер, через 2 недели — 2-й сеанс введения биоматериала «КОЛЛОСТ»® и т.д.
- Количество сеансов: 3–6–10.
- Продолжительность терапии 3–9 месяцев в зависимости от степени рубцовых изменений дермы.

Схема лечения для каждого пациента индивидуальна и зависит от характера патологического процесса, промежуточных результатов и возможностей косметолога. Эффективность коллагенового комплекса клинически подтверждена и определяется не только эффектом замещения, но и результатом активизации синтеза собственного коллагена с восстановлением физиологической структуры дермы.

**Генеральный дистрибьютор — компания «НИАРМЕДИК ПЛЮС»**  
**Тел./факс: +7(495) 741-49-89**  
**www.collost.ru**



**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



[www.collost.ru](http://www.collost.ru)

**НИАРМЕДИК ПЛЮС**  
125252, Москва, ул. Авиаконструктора Микояна, 12  
Тел./факс: +7 (495) 741-49-89

Реклама