

Ki
magazin

®

KOSMETIK
INTERNATIONAL

2' 2014

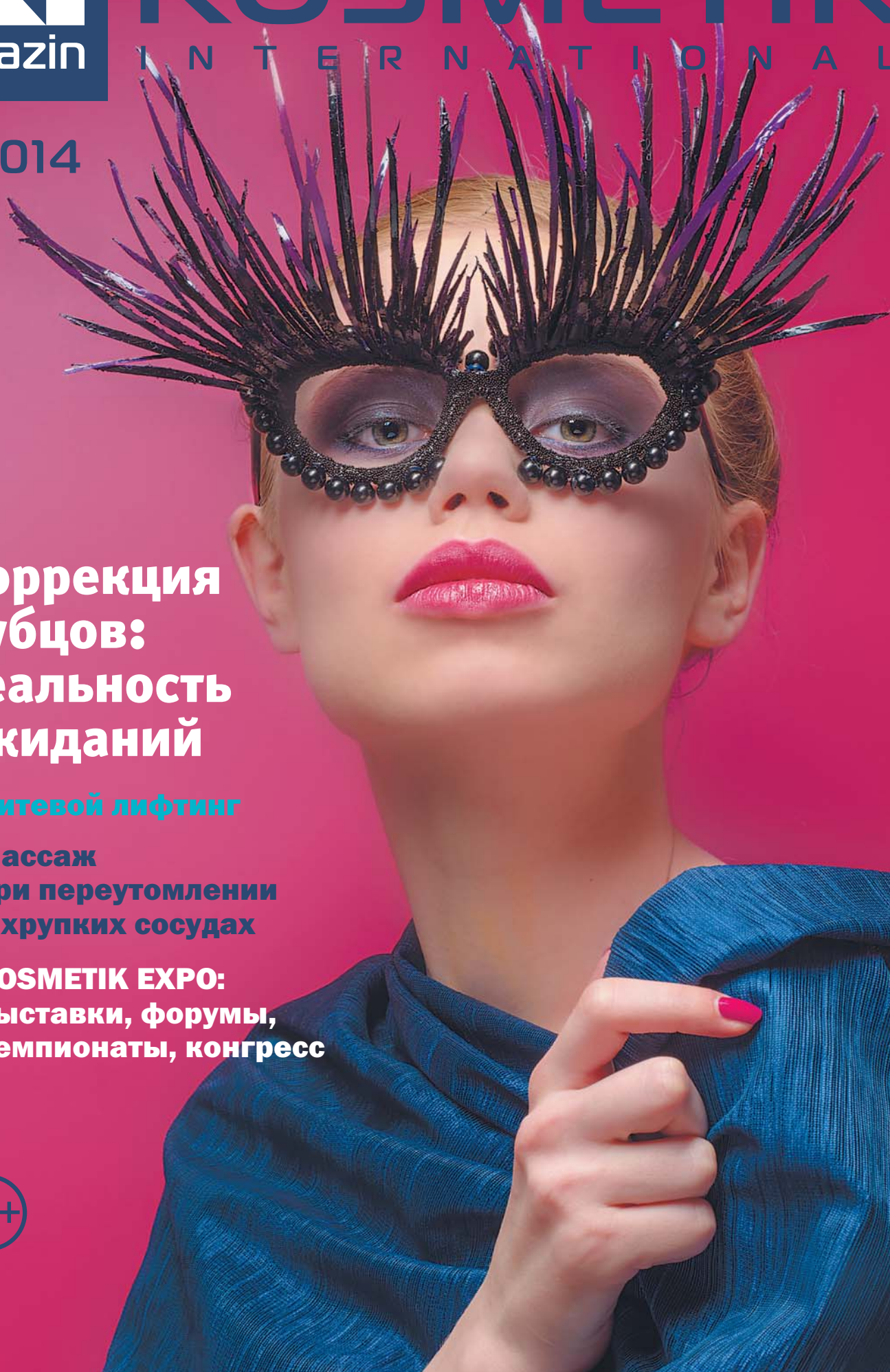
**Коррекция
рубцов:
реальность
ожиданий**

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

Рубцы — 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, озонотерапия, 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 (деградируют 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: папулярная, 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

НИАРМЕДИК ПЛЮС

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

Реклама