



Лечение Грубых Постоперационных Рубцов С Использованием Дермопена И Введения Интрадермально Концентрата “Uniqsure”

1. Боймуратов Ш. А.
2. Юсупов Ш. Ш.
3. Иминов К. О.
4. Туйчиева А. Р
5. Иминов И. Ш.

Received 2nd Jan 2023,
Accepted 3rd Feb 2023,
Online 7th Apr 2023

Аннотация: Нашей целью было создать новый метод лечения грубых постоперационных рубцов с использованием концентрата “Uniqsure”, который содержит в составе такие компоненты как: экстракты гадекабума, мадекасозида, черной смородины, кардиосперума, альфа бисоболола и производные витамина Е. В официальной инструкции по применению препарата, который приводит производитель «наносить 1 ампулу в день на чистую кожу и распределить по лицу и зоны декольте до полного впитывания. Для наружного применения» Исходя из состава и эффективности мы решили применять “Uniqsure sos recovering concentrate” от SKEYNDOR Барселона, Испания.

Ключевые слова: Интрадермально, грубый постоперационный рубец, дермопен, Uniqsure sos recovering concentrate, инъекционная косметология, концентрат, келоидный рубец.

Введение.

По статистике, каждый год в мире регистрируется более 200 млн больших и малых операций, после которых только в США у пациентов возникает более 170 тыс. новых рубцов [1]. В норме рубец на месте хирургической раны, зажившей без осложнений, в течение 6 месяцев становится ровным, нитевидным, практически однородным по цвету и плотности с окружающими тканями (первичное заживление) [9]. Между тем признаком осложненного течения раневого процесса является плотный, неровный, «звездчатый» рубец, часто выполненный белесой или багровой тканью (вторичное заживление) [11]. Кроме того, может формироваться плотный, багровый, выступающий над окружающими покровами рубец которой при склонности пациента к избыточному образованию соединительной ткани часто образуется келоид. Последний является не благоприятным постоперационным осложнением, и пациент страдает не столь из-за разрушения анатомических структур, а больше от повреждения эстетической внешности. Свидетельством дренирования полостей является наличие нескольких небольших рубцов, помимо основного. Их количество косвенно указывает на объем вмешательства, а состояние — на тяжесть послеоперационного периода.[10]

В настоящее время в медицинской практике имеется ряд эффективных методов, направленных на лечение постоперационных рубцовых осложнений. Ниже мы будем приводить некоторые из этих методов. Методы делятся на медикаментозные и аппаратно-косметологические.[7] Глюкокортикостероиды тормозят высвобождение интерлейкинов из лимфоцитов и макрофагов, снижают продукцию фактора роста сосудов и фактора роста опухолей, блокируют деление миофибробластов и уменьшают количество тучных клеток. Их можно использовать при избыточных рубцах, когда их объем существенно превышает исходный объем кожи. Гиалуронидазы (лидаза, нидаза, ронидаза, лонгидаза) разрушают гликозаминогликаны и разрыхляют внеклеточный матрикс. Их эффективность зависит от правильности выбора препарата, дозы, схемы и путей введения. Наиболее эффективным является инъекционное введение гиалуронидаз непосредственно в ткань рубца. Коллагеназы (коллагеназа, ферменкол, кларидаза) разрушают белковую составляющую внеклеточного матрикса. Эти препараты вводят инъекционно (коллагеназа) или чрескожно в различных вариантах — электрофорез, фонофорез, с помощью энхансеров и др. Одним из наиболее эффективных методов лечения рубцов является компрессионная терапия — она рекомендуется значительной части пациентов после оперативных вмешательств. Криодеструкция с успехом применяется для лечения гипертрофических и келоидных рубцов. Заживление после разрушения рубца этим методом, как правило, не приводит к его рецидиву.

Аппаратные процедуры лечения хирургических рубцов, а точнее коррекции рубцовых деформаций, включают в себя в основном лазерное воздействие. Можно воздействовать на молодой, формирующийся рубец, ставя задачей формирование как можно более узкого и незаметного на коже дефекта. В этом случае применяются сосудистые лазеры и IPL, которые избирательно воздействуют на сосудистый компонент рубца. [6] Кроме того, на уже сформировавшийся рубец (атрофический или нормотрофический) с успехом можно воздействовать фракционными лазерами — аблятивными и неаблятивными. При этом за счет ремоделирования дермы и рубцовой ткани можно добиться получения практически равномерного участка кожи без видимых проявлений рубца.[9]

Да, вышеперечисленные методы на сегодняшний день часто используются в косметологической практике. Но имеет недостатки такие как во-первых: процесс заживления при лечении консервативным методом затрагивает не только локальных анатомических структур, а всю структуру организма, так как пациент в данном случае принимает ту или иные препараты в длительном порядке. Во-вторых, эстетический эффект пропорционально зависит от времени, так как все препараты назначаются не менее одного месяца, а мы знаем, что больные, нуждающиеся в косметологическом лечении в первую очередь, желают с проведенных процедур «WoW» эффект в коротком сроке, а эти методы не предоставляют таких результатов. В-третьих: Вышеизложенные методы требуют широкопрофильных специалистов и является не дешевым методом, и просто считаются финансово неприемлемым, так как цены на данные процедуры во всем мире являются дорогостоящими

Актуальность.

В отделении пластической хирургии ТМА в день проводится в среднем 4 операции на шейно-лицевой области. До операционного периода проводятся лабораторно и функциональное исследование всех пациентов, основываясь на принятые общехирургические правила. В отдаленных результатах послеоперационном периоде, особенно пациентов с келоидным рубцом беспокоит эстетический дефект кожи после проведенных операций. Учитывая то что этиопатогенез келоидных рубцов является недо-исследованным разные авторы в своих работах приводят от 15% до 20% осложнения послеоперационных гипертрофических рубцов. По данным зарубежных авторов, рубцовые гипертрофии (КР и ГР) встречаются в популяции у 4,5–

16% [3]. В стран СНГ нет статистики по частоте встречаемости данной патологии, так как пациенты с КР и ГР обращаются за помощью к специалистам разных специальностей: хирургам, онкологам, дерматологам, косметологам [12]. В развитых странах отмечают появление рубцов после плановых и посттравматических операций ежегодно около 100 млн человек, 15% которых имеют рубцы неэстетичного вида [6]. По данным опроса, проведенного среди пациентов, 91% из них после обычной хирургической операции хотели бы улучшить состояние рубцов [5]

К экзогенным факторам можно отнести: глубину и площадь поражения, инфицирование, неправильное направление разрезов, чрезмерное натяжение тканей, [2] а к эндогенные факторам относятся наследственная предрасположенность и гормональный дисбаланс, локальными (местными) – особенности пораженной области (келоидоопасные зоны), тканевая гипоксия, нарушение функции соединительной ткани и межклеточных взаимодействий.[4]

В официальной инструкции по применению препарата, который приводит производитель «наносить 1 ампулу в день на чистую кожу и распределить по лицу и зоны декольте до полного впитывания. Для наружного применения» Исходя из состава и эффективности мы решили применять “Uniqsure sos recovering concentrate” от SKEYNDOR Барселона, Испания.[14]

ТАБЛИЦА 1, ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ UNIQSURE

№	Название компонента	Действие на клетки кожи
1.	Витамин Е (Токоферол)	стимулирует обновление клеток, укрепляет капиллярную сетку, дает лифтинг-эффект и препятствует старению кожи. 1.
2.	Альфа-бисаболол	обладает противовоспалительным и успокаивающим действием, улучшает состояние кожи, оказывает эпителизирующее действие на шероховатую кожу. 2.
3.	Мадекассосид	помогает заметно омолодить кожу путем стимулирования синтеза собственного коллагена. В результате она быстрее обновляется, разглаживаются морщинки, исчезают пятна постакне и пигментация.
4.	Черная смородина	Глубоко очищают поры и поверхность кожи, благодаря содержанию большого количества органических кислот. Омолаживает кожу, останавливая процессы старения.

ТАБЛИЦА 2. ВАНКУВЕРСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ РУБЦОВ.

Тип рубца	Консистенция рубца
· нормотрофический — 0 баллов; · гипертрофический гомогенный — 1 балл; · гипертрофический с узелками — 2 балла; · заметный келоид — 3 балла; · выраженный келоид — 4 балла.	· нормальная — 0 баллов; · небольшое уплотнение — 1 балл; · выраженная индурация — 2 балла.
Цвет рубца	Чувствительность рубца
· здоровой кожи — 0 баллов; · незначительная эритема — 1 балл; · выраженная эритема — 2 балла.	· напряжение — 0 баллов; · зуд — 1 балл; · жжение — 2 балла; · боль — 3 балла.

Цель.

Создать новый метод лечения грубых постоперационных рубцов.

Материалы и методы.

До нашего метода, не было использовано введение UNIQCURE интродермально. Во всяком случае в интернет пространстве и электронных медицинских базах не столкнулись с работами посвященные на данную тематику. А именно на популярных сайтах PubMed и Cyberleninka.

В своей работе мы будем описывать на следующем клиническом примере.

Пациентка Н. 2009 г.р была прооперирована по поводу удаления пигментного невуса в области шеи в нашу клинику обратилась спустя 3 месяца после операции с жалобами на грубый контур послеоперационной раны, венозный отек в области раны а так же выраженный, гиперемированный гипертрофированный рубец. После проведенных клиничко-лабораторных исследований, а также после собранного анамнеза нами было решено провести впервые в косметологической практике введение в область рубца концентрат “Uniqsure sos recovering concentrate” с помощью дермапена. Далее мы будем описывать поэтапно использование данного концентрата с помощью дермапена.

1-этап. Объективный осмотр, сбор анамнеза, жалоб и проведение клиничко-лабораторных исследований такие как: ОАК, АЛТ-АСТ, уровень глюкозы натощак, уровень креатинин-мочевины в крови, IgE, коагулограмма, ОАМ.

2-этап. Проведение тест пробы на индивидуальную чувствительность на концентрат. (введение концентрата с помощью дермапена в здоровую ткань кожи в малых дозах и наблюдать в течении 30-45 минут).

3-этап. Очистить и промыть область инъекции с помощью раствора хлоргексидина, затем высушить стерильной салфеткой.

4-этап. Открыть ампулу набрать в 2мл стерильный шприц.

5-этап. Установить в дермапен иглы диаметром 32G, длиной min. 0.25мм, количество игл 24. Настроить глубины вхождения игла дермапена на 1.5 мм, и установить скорость 3600 проколов в минуту.

6-этап. Нанести концентрат “Uniqsure sos recovering concentrate” на поверхность рубца затем интердермально вводить при помощи заранее настроенного дермапена.

7-этап. Проводить манипуляцию в течении 7-10 минут.

8-этап. Повторять манипуляцию 1 раз в неделю, в течении 5 недель. (Сроки терапии можно менять в зависимости от клинического эффекта данного метода.)

9-этап После процедуры закрыть рубца стерильной салфеткой на 2 часа. Объяснить пациенту что в течении дня избегать использование средств личной гигиены в области рубца.

Ниже будут приведены изображения касательно данного метода.



РИСУНОК 1. ПИГМЕНТНЫЙ НЕВУС ШЕИ. ВИД ДО ОПЕРАЦИИ



РИСУНОК 2. ГРУБЫЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННЫЙ РУБЕЦ.



РИСУНОК 3. ЗАБОР КОНЦЕНТРАТА, А ТАКЖЕ НОВЫЙ МЕТОД ВВЕДЕНИЯ "UNIQCURE".



РИСУНОК 4. ЭСТЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРОЦЕДУРЫ ПОСЛЕ ТРЕТЬЕЙ ПРОЦЕДУРЫ.

Заключение.

Основываясь на литературные данные из интернет-ресурсов, можем уверенно сказать, что нами предлагаемый метод ранее не был использован на практике. Итого наш метод имеет несколько преимуществ такие как:

- не требуется высокотехнологические процедуры (лазерная терапия, криотерапия, длительный прием препаратов, а также верификация характера постоперационного грубого рубца).
- простота в проведении процедуры, простым, удобным и комфортным методом как для пациента, так и косметолога.
- является недорогим способом для лечения постоперационных грубых рубцов.
- быстрый, заметный эффект после первой процедуры.

Не смотря на вышеуказанные преимущества в новом методе имеется несколько недостатков:

- индивидуальная реакция на интрадермальное введение концентрата «Uniqsure»
- Нами применяемый новый метод введения концентрата «Uniqsure» с помощью дермапена в постоперационные грубые рубцы напрямую зависит от знаний косметолога в сфере медицины и квалификации.

1. Arrowitz C, Schoelermann AM, Mann T, et al. Effective Tyrosinase Inhibition by Thiamidol Results in Significant Improvement of Mild to Moderate Melasma. *J Invest Dermatol.* 2019;139(8):1691-8.e6. DOI:10.1016/j.jid.2019.02.01
2. Jumper N, Paus R, Bayat A. Functional histopathology of keloid disease. *Histol Histopathol.* 2015;30(9):1033-57. DOI:10.14670/HH-11-624
3. Kantor J. Reliability and Photographic Equivalency of the Scar Cosmesis Assessment and Rating (SCAR) Scale, an Outcome Measure for Postoperative Scars. *JAMA Dermatol.* 2017;153(1):55-60. DOI:10.1001/jamadermatol.2016.3757
4. Lee HJ, Jang YJ. Recent Understandings of Biology, Prophylaxis and Treatment Strategies for Hypertrophic Scars and Keloids. *Int J Mol Sci.* 2018;19(3):711. DOI:10.3390/ijms19030711
5. Mann T, Gerwat W, Batzer J, et al. Inhibition of Human Tyrosinase Requires Molecular Motifs Distinctively Different from Mushroom Tyrosinase. *J Invest Dermatol.* 2018;138(7):1601-8. DOI:10.1016/j.jid.2018.01.019
6. Mankowski P, Kanevsky J, Tomlinson J, et al. Optimizing Radiotherapy for Keloids: A Meta-Analysis Systematic Review Comparing Recurrence Rates Between Different Radiation Modalities. *Ann Plast Surg.* 2017;78(4):403-11. DOI:10.1097/SAP.0000000000000989
7. Ogawa R, Akita S, Akaishi S, et al. Diagnosis and Treatment of Keloids and Hypertrophic Scars- Japan Scar Workshop Consensus Document 2018. *Burns Trauma.* 2019;7:39. DOI:10.1186/s41038-019-0175-y
8. Ogawa R. Keloid and Hypertrophic Scars Are the Result of Chronic Inflammation in the Reticular Dermis. *Int J Mol Sci.* 2017;18(3):606. DOI:10.3390/ijms18030606
9. Pruijboom T, Scheltinga MR. Keloid Formation due to Repetitive Mammographies. *Case Rep Dermatol.* 2018;10(3):257-62. DOI:10.1159/000495020
10. Shafranov VV, Taganov AV, Glad'ko VV, et al. Differentsial'naiia diagnostika keloidnykh i gipertroficheskikh rubtsov, osnovannaia na razlichiiakh v kozhnoi chuvstvitel'nosti. *Klinicheskaia dermatologiiia i venerologiiia.* 2011;9(2):20-2 (in Russian).
11. Philandrianos C, Kerfant N, Jaloux C Jr., et al. Keloid scars (part I): Clinical presentation, epidemiology, histology and pathogenesis. *Ann Chir Plast Esthet.* 2016;61(2):128-35 (In French). DOI:10.1016/j.anplas.2015.09.005

12. Taganov AV, Bragina AV. Keloid scars. Modern aspects of diagnosis and treatment. Consilium Medicum. 2021; 23 (8): 637–652. DOI: 10.26442/20751753.2021.8.201112
13. Письменскова А.В. Келоидные рубцы. М.: РАЕН, 2012 [Pismenskova AV. Keloid scars. Moscow: RANS, 2012 (in Russian)]. (<https://skeyndor.com/en/line/unique/>)

