



КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА

после контурной пластики

Компрессионно-ишемический синдром и следующий за ним некроз тканей — редкое, но крайне опасное осложнение. И своевременный алгоритм его коррекции должен быть понятен любому врачу, поскольку в этой ситуации время — главный союзник. Как бороться с сосудистыми осложнениями? И почему они возникают?



МАРИЯ ШИРШАКОВА, к.м.н.,
дерматолог-косметолог, главный врач

АЙЯ КОРНЕВСКАЯ,
дерматолог

Клиника эстетической медицины
Марии Ширшаковой
Москва

Большая востребованность процедур контурной пластики неминуемо ведет к росту количества осложнений. Согласно данным американского врача L. Grunebaum*, частота осложнений после коррекции филлерами на основе гиалуроновой кислоты составляет 5% от общего количества процедур. Безусловно, наиболее угрожающими здоровью пациента и эстетическому результату являются сосудистые осложнения. По данным исследования доктора S. Wook Park, проведенного в отделении офтальмологии в больнице при национальном университете Сеула, частота сосудистых осложнений после проведения инъекционных манипуляций составляет 58,3%.

Поскольку лицо богато снабжено васкулярной сетью, коррекция любой его зоны теоретически может осложняться нежелательными явлениями. Однако существуют так называемые опасные зоны, вызывающие наиболее высокий потенциальный риск ишемических проявлений и некротизирования



Области межбровья, носа и носогубных складок, учитывая анатомические особенности расположения сосудов в них, относят к зонам с наиболее высоким потенциальным риском ишемических проявлений и некротизирования тканей.

тканей. К таким зонам относят область межбровья, носа, носогубных складок, учитывая анатомические особенности расположения сосудов в них. Некроз развивается в результате прямо-

го попадания материала в сосуд либо из-за компрессии сосуда извне.

В предлагаемом вашему вниманию клиническом случае мы описали компрессионно-ишемический синдром верхней губы после инъекции тканевого наполнителя на основе гиалуроновой кислоты.

* Grunebaum L.D., Allemann B., Dayan S., Mandy S., Baumann L. The risk of alarm necrosis associated with dermal filler injection. *Dermatology and Surgery*. 2009; 35 (2): 1635–1640

Клинический случай

Пациентка А., 32 года. Обратилась с просьбой об увеличении объема губ. Пациентке была проведена инъекционная контурная пластика губ с использованием аппликационной анестезии кремом «Эмла» под пленку на 30 минут и последующим введением филлера на основе стабилизированной ГК (23 мг/мл). Препарат вводился согласно общепринятой схеме в подслизистый слой, линейно-ретроградной техникой, в объеме 0,1 мл на шаг. Всего был введен 1 мл препарата с помощью иглы 27 G.

Процедура сопровождалась умеренной болезненностью и возникновением синюшности в области правой половины верхней губы, что соответствовало

сформировавшейся четкая демаркационная линия, присутствовал насыщенный синюшный цвет кожных покровов на пораженной стороне (фото 2).

Локально: аппликации раствора с дициноном, мазь «Банеоцин» (5–10 дней).

Если подозрения о повреждении сосуда возникают во время процедуры или в течение нескольких часов после, данная схема терапии может минимизироваться и сводиться к прекращению инъекирования препарата, введению

«**Профилактика компрессионно-ишемического синдрома, вызванного введением филлеров, предусматривает подробное знание анатомии, тщательный сбор анамнеза, использование тупоконечных канюль, а также скрупулезное наблюдение за симптоматикой и субъективными ощущениями пациента.**»

клинической картине гематомы. Со стороны косметолога было предпринято извлечение иглы и прижатие ватным диском места вкола. После проведенного гемостаза инъекции были продолжены.

Через несколько минут после окончания процедуры пациентка пожаловалась на болезненные ощущения, небольшое онемение и отек. Специалистом был проведен легкий массаж с целью моделирования введенного препарата и нормализации кровотока, затем на эту зону был положен холодный пакет на 1–2 минуты. Поскольку нарастание симптоматики прекратилось, пациентка ушла домой.

Через несколько часов женщина отметила нарастающие болезненность и синюшность кожных покровов в области верхней губы справа (фото 1).

По прошествии еще двух дней в области верхней губы образовались множественные везикулезные элементы,

Предварительный диагноз: компрессионно-ишемический синдром верхней губной вены (v. labialis superior). Пациентке была **назначена терапия** согласно стандартному протоколу:

- Гиалуронидаза 750 ЕД — через день первые и вторые сутки, несколько сессий в день.
- «Зиннат» — 500 мг x 2 раза в день (7–10 дней).
- Валацикловир — 500 мг, 2 раза в день (5 дней).
- Аспирин — 500 мг x 1 раз в день (5–7 дней).
- Верошпирон — 25 мг, 3 раза в день (3–5 дней).
- «Актовегин» — по 2 таб. x 3 раза в день (7 дней).
- «Траумель» — 20 капель x 3–4 раза в день за 15 минут до еды (2–3 недели).
- «Лимфомиазот» — 15 капель x 2–3 раза в день (2–3 недели).
- «Вобэнзим» — 5 таб. x 3 раза в день за 30 минут до еды (14 дней).



Фото 1. Динамика клинической картины: через час после инъекции.



Фото 2. Возникновение везикулярных, пустулезных элементов, формирование зоны некроза через 2 дня после введения филлера.



Фото 3. Динамика клинической картины на фоне проводимой терапии: 9 дней после инъекции филлера.

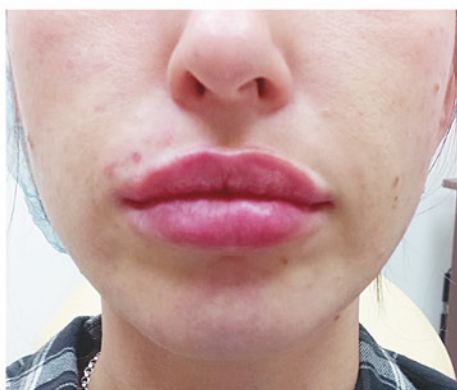


Фото 4. Разрешение процесса без рубцовой деформации.

гиалуронидазы, массажу, тепловому компрессу и применению нитропасты или нитроспрея.

На 4-е сутки клиническая картина стала регрессировать. Терапию продолжили в течение 10 дней, когда еще сохранялись слабовыраженные застойные явления, однако в зоне поражения наблюдался активный процесс репарации (фото 3). Впоследствии заживление очага прошло без образования рубцовой ткани (фото 4).

Профилактика подобных осложнений предусматривает подробное знание анатомии, тщательный сбор анамнеза, использование тупоконечных канюль, а также скрупулезное наблюдение за симптоматикой и субъективными ощущениями пациента. Сосудистые осложнения являются относительно редкими, но тяжелыми случаями в практике врача. Безусловно, при подозрении на компрессию или эмболизацию сосуда наиболее оправданной тактикой, с нашей точки зрения, будет эмпирическое назначение незамедлительной терапии с дальнейшим наблюдением пациента.



БЕЗУПРЕЧНАЯ КОСМЕТОЛОГИЯ

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

- Регистрационные удостоверения Минздрава России
- Медицинские технологии
- Профессиональная косметика «МИОКРАС»

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАВИТАЦИЯ УЛЬТРАСТИМ «Галатея»

- электромиостимуляция
- электролиполиз
- лимфодренаж
- ультразвуковая терапия
- ультрафонофорез
- хромотерапия

Аппарат имеет три рабочие частоты ультразвука (25 кГц, 880 кГц, 2640 кГц) и шесть каналов миостимуляции.



УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИНАМИЧЕСКИЙ МИКРОМАССАЖ

УЗМ-01 «Галатея»

- ультразвуковая кавитация
- ультразвуковая терапия
- динамический микромассаж
- ультрафонофорез

Аппарат имеет три терапевтические частоты ультразвука (44 кГц, 880 кГц, 2640 кГц) и два режима ультразвука с быстроменяющимися частотами (880/2640 кГц и 2640/7920 кГц) для проведения динамического микромассажа.



ЭЛЕКТРОПОРАЦИЯ

МЕЗОТЕРА «Галатея»

- безыгловый мезотерапия — альтернатива инъекционным техникам
- частота выходного сигнала: 1760 Гц
- частота модуляции выходного сигнала: 10, 50, 100 Гц
- полярность выходного сигнала: положительная, отрицательная



Принцип работы аппарата основан на эффекте образования каналов в бислоистой липидной мембране под воздействием импульсного электрического тока особой формы. Проницаемость клеточных мембран при этом увеличивается более чем в 100 раз, что делает возможным введение не только низкомолекулярных, но и высокомолекулярных фракций.

121170, Москва,
Площадь Победы, 2, корп. 2, помещение XV.
Тел./факс: (495) 680-1925, (499) 148-9396
www.npf-galatea.ru

Региональные представительства:

Самара (846) 334-83-31, Санкт-Петербург (812) 973-14-94, Нижний Новгород (831) 432-02-32, Краснодар (861) 253-53-50, Омск (3812) 23-48-81, Новосибирск (383) 325-10-94, Пермь (342) 216-51-81, Саратов (8452) 28-07-60, Ростов-на-Дону (8632) 45-80-34, Ижевск (3412) 90-13-74, Воронеж (4732) 61-12-09, Иркутск (3952) 34-15-31, Тюмень (3452) 63-18-23, Челябинск (351) 776-59-26, Киров (8332) 38-61-11, Екатеринбург (343) 212-43-50, Волгоград (8442) 41-36-67

РЕТИНОИДЫ: *секрет популярности*



Основатель и президент компании Sesderma (Испания) д-р Габриэль Серрано уже долгие годы занимается разработкой и производством косметических препаратов на основе ретиноидов. Поэтому с просьбой рассказать об особенностях ретиноидов, а также развеять мифы относительно этих веществ мы обратились именно к нему.

Ки. Г-н Серрано, ретиноиды вводят как в состав препаратов системного действия, применяемых, например, для лечения тяжелых форм акне, так и в препараты для ежедневного ухода за кожей. Почему они так популярны?

Г.С. Ученые стали интересоваться ретиноидами и их свойствами много лет назад. Витамин А был синтезирован в 1931 году, но добавлять его в косметические средства еще не могли, поскольку не умели обезопасить от кислорода и света, которые действуют на него разрушительно. В 1943 году была опубликована первая работа, посвященная возможности лечения акне

с помощью витамина А. Но лишь спустя 17 лет ученым удалось создать устойчивую ретиноевую кислоту (форму витамина А, отличающуюся наличием карбоксильной группы), которую впервые применили для терапии акне лишь в 1970 году. Приблизительно в то же время автор исследования в области лечения акне с помощью ретиноидов американский ученый Альберт Клигман заметил, что разработанный им крем против угрей уменьшает выраженность морщин. Впервые чистый ретинол в косметических целях был выпущен в 1976 году. А д-р Клигман ввел термин «космецевтика». В 1983 году были обнародованы первые результаты применения

третиноина (формы витамина А в виде карбоновой кислоты, также известный как трансретиноевая кислота) для уменьшения проявлений старения кожи.

Молекулы ретиноидов проникают через клеточную мембрану и достигают ядра клетки за счет клеточного протеина CRABP (*cellular retinoic acid binding protein*), который связывает ретиноевую кислоту. Этот протеин играет ключевую роль в плане биодоступности ретиноидов.

Прежде всего ретиноиды воздействуют на эпидермис, выполняя целый ряд важных функций: синтезируют гликопротеины и гликолипиды клеточной поверхности, укрепляющие эпи-



дермальный барьер; регулируют синтез специфических белков (например, кератина); активируют процессы пролиферации клеток базального слоя; регулируют кератинизацию и толщину рогового слоя; повышают содержание воды в эпидермисе; снижают гиперактивность измененных меланоцитов.

Смягчающее воздействие ретиноидов на кожу связано с тем, что ретиноевая кислота способна связываться с сывороточным альбумином. Это усиливает процессы регенерации и приводит к смягчению и выравниванию рогового слоя.

Еще одна отличительная особенность ретиноидов заключается в том, что они ингибируют разрушение коллагена под влиянием внешних факторов и одновременно усиливают синтез нового белка, в первую очередь проколлагена I типа. Они также активизируют деятельность фибробластов и синтез фибронектина, повышают адгезию клеток дермального матрикса. Такой широкий спектр действия и объясняет растущую из года в год популярность ретиноидов.

Ки. При каких эстетических недостатках средства для наружного применения демонстрируют наибольшую эффективность и чем это можно объяснить?

Г.С. Прежде всего, следует говорить об антивозрастной терапии, лечении акне и коррекции гиперпигментации. Ретиноиды выравнивают рельеф кожи, способствуют восстановлению дермального матрикса. Снижая когезию корнеоцитов и меланоцитов, помогают устранению гиперпигментации. Они оказывают выраженный противовоспалительный эффект (особенно применяемые совместно с цинком).

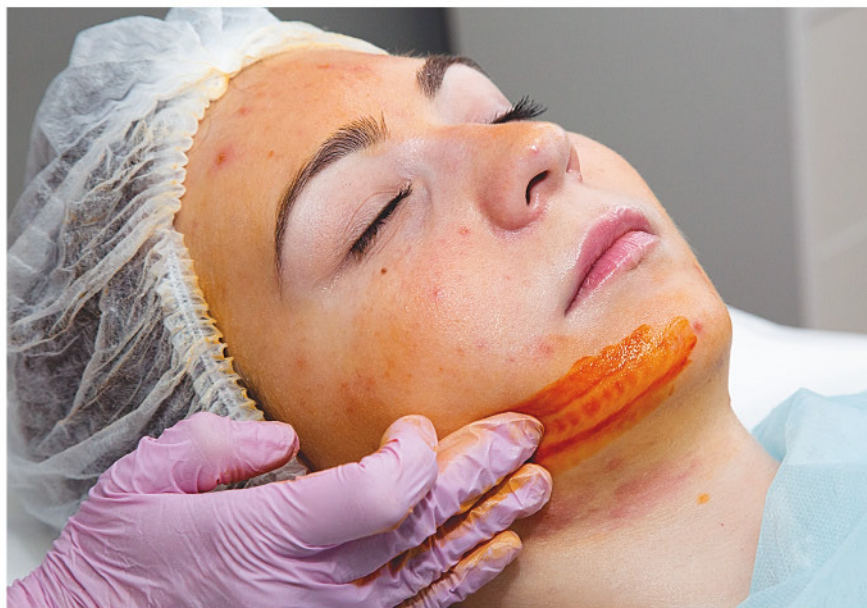
В борьбе с акне ретиноиды стали применять за способность воздействовать на сальные железы, угнетая их секрецию и нормализуя биохимический состав кожного сала, являющегося

основным субстратом для роста и развития пропионбактерий акне. Их противовоспалительное действие обусловлено ингибированием лейкотриена В4 (дигидроксиэйкозатетраеновой кислоты — биологически активного вещества, принимающего участие в реализации воспаления). Благодаря этому свойству витамин А является достаточно эффективным средством для проблемной кожи.

Кроме того, витамин А работает как антиоксидант, есть даже исследования относительно его антираковой активности*.

Ки. Известно, что препараты с витамином А и его синтетическими аналогами могут вызывать побочные эффекты (сухость, раздражение, зуд, шелушение, жжение кожи). Как этого избежать?

* Первое доказательное исследование зависимости между количеством витамина А в организме и возникновением онкозаболевания было проведено в США в 1941 г. (группа доктора Abels). Было отмечено, что у пациентов с диагнозом «рак желудка» имел место низкий уровень витамина А в плазме крови. Затем ученые из американского Национального института рака (NCI) проводили исследования в течение 10 лет, в них участвовало около 2500 мужчин в возрасте старше 50 лет. Было установлено, что чем ниже уровень витамина А в плазме крови, тем выше риск развития рака предстательной железы. Другое исследование было проведено NCI с 1974 по 1987 г. Результат тот же: чем меньше витамина А, тем выше риск развития рака простаты.



Г.С. Во-первых, врач должен тщательно собирать анамнез. Во-вторых, необходим правильный подбор продуктов и мягкая ретинизация кожи, то есть постепенное введение препаратов, содержащих ретинол и его производные. В этом плане хорошо зарекомендовали себя липосомированные ретиноиды. Они влияют на клетки-мишени и могут применяться при разнообразных проблемах кожи, практически не вызывая ее раздражения.

Ки. Ретиноиды обладают фотосенсибилизирующими свойствами. Действительно ли нужно отказаться от их использования в период активного солнца? Особенно этот вопрос актуален для ретиноевых пилингов.

Г.С. Все дело в том, что ретинол разрушается под воздействием УФО и, конечно, обладает фотосенсибилизирующей активностью. Ретиноевые пилинги, безусловно, сезонный продукт, но если говорить о липосоми-

рованных формах ретинола, то действие такого пилинга более мягкое, и его можно назначать, например, в начале весны.

Замечу, что стабильность ретиноидов, инкапсулированных в липидные пузырьки, вдвое выше, чем ретинола в свободной форме. Можно применять эти препараты на ночь, не опасаясь побочных эффектов, а утром обязательно перед выходом на улицу наносить крем с SPF, подобранный в зависимости от фототипа кожи.

Отзывы врачей-дерматологов всего мира подтверждают, что начинать использование ретиноидов можно с любого возраста, а продолжать их применение — на протяжении всей жизни. Главное — делать это правильно.

Ки. По поводу препаратов с ретиноидами сложилось несколько устойчивых мифов. Хотя, возможно, они не лишены основания. Например, правда ли, что средства с ретиноидами не следует применять днем, лучше делать это перед сном?

Г.С. Ретиноиды, по сути, являются синонимом антивозрастной косметики, они липофильны, хорошо проникают в кожу и обладают широким спектром действия, однако фоточувствительны и нестабильны. Да, препараты с ретиноидами желательно применять на ночь — так они лучше усваиваются, обеспечивая более выраженный эффект. Но, как я уже говорил, если вы пользуетесь липосомированным ретинолом и защищаете кожу правильно подобранным препаратом с SPF, то даже в летнее время в некоторых регионах России можно использовать крем и утром.

Ки. Кожа вокруг глаз является запретной областью для нанесения средств с ретиноидами?

Г.С. Область вокруг глаз выдает возраст, поэтому не стоит совсем отказываться от применения ретиноидов в периорбитальной зоне. Просто следует помнить, что она нуждается в длительной и мягкой ретинизации. Необходимо правильно подбирать



препараты и использовать невысокие дозировки ретиноидов (0,15%).

Ретиновые пилинги в периорбитальной области часто вызывают раздражение кожи, в некоторых сложных случаях возможен конъюнктивит или контактный дерматит. Нужно очень тщательно готовить пациента к ретиновым пилингам и не наносить их близко к подвижному веку, работать по краю орбиты, предварительно «закрыв» зоны риска увлажняющим протектором.

Ки. При первых же признаках раздражения кожи необходимо немедленно прекратить использование продуктов с ретиноидами?

Г.С. Появление раздражения можно предотвратить. Я предлагаю две схемы длительной ретинизации кожи. Врач может подобрать для своего пациента ту, что подходит больше.

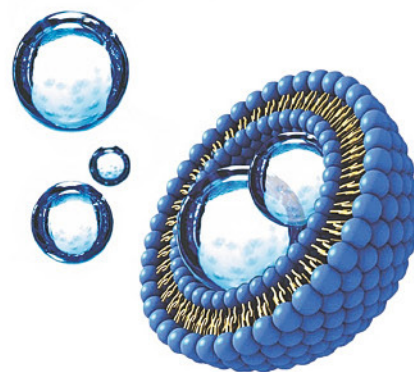
Схема первая: начинают с применения препарата с ретиноидами в низких дозах, всегда

на ночь, через день или два. В зависимости от индивидуальной переносимости можно постепенно увеличивать частоту применения продукта, дойдя до ежедневного нанесения. Если пациент жалуется на появление раздражения, эту частоту сокращают.

Схема вторая: препараты на основе ретиноидов применяют в течение трех дней подряд, всегда на ночь, постепенно увеличивая дозы ретинола с низких (0,15%) до высоких (0,5%). Затем в течение четырех дней используются обычные препараты (без ретинола) для вечернего применения. Так мы достигнем быстрой ретинизации кожи.

Ки. Эффект от применения косметики с ретиноидами можно увидеть только через месяц-полтора после начала использования?

Г.С. Все зависит от индивидуальных особенностей пациента. Конечно, эффект омоложения вы не увидите сразу или через 10



дней, на это уйдет не менее месяца. Процесс омоложения кожи на уровне дермального матрикса длится не менее 35 дней, если мы говорим о возрастной коже. А улучшение качества рогового слоя, увлажненность кожи пациенты отмечают через 14 дней.

Результат применения ретиновых пилингов замечен через 2–3 процедуры, которые проводят с интервалом в 14 дней. Далее мы усиливаем и закрепляем результат. Полный курс составляет от 4 до 6 сеансов.

Ки