

PÉČE O KŮŽI PO KOREKTIVNĚ DERMATOLOGICKÝCH ZÁKROCÍCH

MUDr. Lucie Růžicková-Jarešová, MUDr. Alena Machovcová, MBA

Dermatovenerologické oddělení FN Motol Praha

Stárnutí je nedílnou součástí našeho života a postihuje každého jedince. Je dáno genetickou predispozicí, hormonálními vlivy, věkem, nedostatkem vitaminů, vody, stopových látek a působením zevních faktorů. Z těchto faktorů nejvíce na kůži působí UV záření (tzv. photoaging), kouření, klima.

Klíčová slova: stárnutí kůže, korektivní dermatologie, péče o kůži.

Med. Pro Praxi 2007; 4(10): 427–428

Kůže je metabolicky aktivním orgánem lidského těla. Zajišťuje především ochrannou bariéru, termoregulaci, melanogenezi, syntézu vitaminu D. Svojí plochou zaujímá 10–15 % celkové hmotnosti těla. Je tvořena 3 základními částmi – epidermis (pokožka), korium (vazivová vrstva kůže, postižena stárnutím jako první) a tela subcutanea (podkoží).

Během života působí na kůži mnoho vlivů. Nezávisle na zevních faktorech vzniká atrofie kůže, ochabnutí kožních řas, pokles sebeobnovy a obranyschopnosti buněk, svědění a suchost kůže. Ta se většinou stává také propustnější pro různé chemické látky. Pokles tonu a turgoru je způsoben sníženou tvorbou a rozpustností kolagenu. Kůže ztrácí svou elasticitu úbytkem a zkrácením elastických vláken a atrofií vaziva tukové tkáně vznikají hluboké kožní záhyby.

Působením UV záření a kouřením je podpořeno aktivní předčasné stárnutí kůže. Vznikají permanentní vrásky, rozšiřují se cévky v obličeji, kůže se stává hrubší a je pokleslá. Lokalizovanou proliferací melanocytů nebo jejich úbytkem dochází k posunům pigmentu. Na kůži se tvoří hyperpigmentace nebo hypopigmentace.

Nejdůležitějším zásahem do tvorby nežádoucích projevů stárnutí kůže je účinná prevence a ochrana před slunečním zářením. Při lokální aplikaci přípravků s obsahem kyseliny L-askorbové, hyaluronové, L-tyrozinem, se síranem zinečnatým a bioflavonoidy je podpořeno zpevnění kůže, její vyhlazování a hladkost. Je nutné dlouhodobé používání a první viditelné výsledky jsou popisovány po 8–12 týdnech. Pokud jsou změny na kůži již viditelné a nelze vzhled kůže zlepšit používáním lokálních přípravků a kosmetických metod, je možnost využití korektivně dermatologických nebo chirurgických zákroků.

Korektivní dermatologie se zabývá korekcí vzhledových vad kůže. Zákroky se většinou neprovádějí ze zdravotnické indikace, ale pro zlepšení vzhledu člověka a nejsou hrazeny ze systému zdravotního pojištění. Před všemi zákroky je nutná konzultace s lékařem, který informuje klienta o možných

metodách, o jejich kombinaci, efektu, průběhu výkonu a následném ošetřování po zákroku a možných komplikacích.

Metody korektivně dermatologické dělíme na neinvazivní a invazivní. Neinvazivní metody neporušují povrch kůže. Mezi tyto zákroky můžeme řadit např. povrchový chemický peeling, mikrodermabrazi, IPL – intenzivní polarizované světlo.

Z miniinvazivních metod se dnes využívá mezoterapie. Invazivní metody jsou takové, které narušují povrch kůže. Během výkonu může docházet ke krvácení. Řadíme k nim hluboký chemický peeling, dermabrazi, vysokoobrátkovou frézu, některé typy laserů (např. CO₂ laser, Erbium YAG laser), implantáty a aplikace botulotoxinu.

Indikace k zákroku jsou akné, vrásky, hyperpigmentace, hypopigmentace, mírné zhrubnutí a nerovnost kožního povrchu, omlazení kůže.

Přehled nejčastěji používaných korektivně dermatologických metod

Chemický peeling

Hlavním principem chemického peelingu je chemické narušení povrchových vrstev kůže, rozvolnění vazeb mezi buňkami, usnadnění olupování povrchů kůže, stimulace dermoepidermální regenerace, syntézy kolagenu a hydratace. K aplikaci se nejčastěji používají ovocné kyseliny, jejichž hlavním zástupcem je kyselina glykolová. Pro hlubší působení se používá kyselina trichloroctová.

Mikrodermabraze

Mikrodermabraze je povrchové mechanické sloupnutí kožních buněk pomocí mikrodermabrazivních krystalů křemíku a vakua.

Výplně (implantáty)

Slouží k vyplnění a korekci vad kůže. V minulosti se používalo stříbro, zlato, parafin, silikon, lidský tuk, gore-tex (1969), kolagen (1975). V dnešní době je nejvíce používanou látkou kyselina hyaluronová. Je důle-

Obrázek 1. Otevřené krytí



Obrázek 2. Otevřené krytí



Obrázek 3. Uzavřené krytí



žitou složkou základní substance pojivové tkáně. Před aplikací se nemusí provádět testování jako u kolagenu, kde hrozí riziko alergické reakce. Efekt přetrvává průměrně 6 měsíců, látka se postupně resorbuje.

Botulotoxin A

Jeho působením vzniká chemický blok nervového přenosu na nervosvalovém spojení, a tím k ovliv-

nění mimických vrásek obličje a následné vyhlazení vrásek. Naředěný roztok se aplikuje injekčně, nitrosvačkově. Minimální omezení je těsně po zákroku. Efekt přetrvává 6–10 měsíců, látka se postupně resorbuje.

Červené světlo

Používá se nejčastěji k fotorejuvenanci a regeneraci kůže. Světelná energie proniká do hlubších vrstev tkáně, velmi dobře působí s lokálně aplikovaným vitamínem C. Indikace ošetření červeným světlem jsou dehydratace pleti, jemné vrásky, barevná nerovnováha. Výsledkem je přestavba a posílení kožních struktur, stimulace lymfatického a krevního oběhu, stimulace hojení, světlá a projasněná pleť, hydratace, vyhlazení vrásek.

CO₂ laser

Patří mezi vysokovýkonné lasery. Působí evaporizací tkáně, paprsek se absorbuje ve vodě, je možné snesení epidermis až k papilární dermis. Výhodou je koagulace a hemostáza během výkonu. Používá se k ablaci kožního povrchu. Nevýhodou je možné termické poškození hlubších vrstev tkáně a následné dlouhodobé hojení.

Erbium: YAG laser

Jeho paprsek je absorbován ve vodě, způsobuje menší termické poškození tkáně při zákroku, tím je kratší doba hojení.

Pulzní barvivový laser

Používá se k fototermolýze povrchových cévních změn na kůži. Jeho paprsek je absorbován v oxyhemoglobinu, působí selektivně.

Péče o kůži po zákroku

Po zákroku je porušena kožní bariéra, a tím zvýšena propustnost rohové vrstvy pro různé látky. Je náchylnější k šíření a vzniku virové nebo mikrobiální infekce. Hlavním úkolem ošetřování kůže po výkonu je co nejrychlejší snížení propustnosti rohové vrstvy, která omezuje intenzitu proliferace buněk v oblasti bazální membrány. Doba dosažení úplné regenerace kůže je 4–8 týdnů. Záleží na použité metodě, na výchozím stavu kůže, na intenzitě a hloubce zákroku.

K lokálnímu ošetřování se doporučují externa, která neobsahují časté kontaktní alergenů a nezvyšují vývoj kontaktní alergické dermatitidy. Emulzní prostředky se doporučují používat po době 2–4 měsíců. Ošetřování kůže těsně po zákroku může být otevřené nebo uzavřené. U plošných výkonů je vhodné uzavřené hojení s masťovým základem a antibiotickou masť.

V prvních 2 týdnech po zákroku je nutné zabránit bakteriální kontaminaci kůže omýváním antiseptickými roztoky, např. 3% borovou vodou a následnou aplikací masť s antimikrobiální složkou. Pro plošnou aplikaci je vhodné použít obkladovou aplikaci polysanu s oleum helianthi aa, který působí protizánětlivě a adstringentně, nebo vazelinu s antimikrobiální složkou. Vazebnou schopnost pro vodu zvyšují přípravky s obsahem glycerolu. V této fázi nelze používat emulzní systémy s obsahem emulgátorů pro jejich negativní ovlivnění průběhu regenerace kůže. Podporují vývoj možné hypersenzitivity.

Po 2 týdnech pokračuje fáze reparace, začínáme používat polomastné emulze s hydratačním a přetučňujícím účinkem, s pH kolem 5. K omýtí jsou vhodná dětská mýdla nebo mýdla s obsahem heparinu nebo v kombinaci s kortikosteroidy (lokálně, intralezionálně) nebo přípravky s obsahem silikonu. Masáže by měly být tlakové a provádět se denně. Externa s masťovým základem mají velmi významné a příznivé účinky. Pro urychlení regenerace kůže jsou vhodné přípravky s obsahem kyseliny hyaluronové, linolenové nebo s hyaluronanem sodným.

Po chirurgickém zákroku je nejdůležitější péče o ránu, správný průběh hojení a následné ošetřování jizvy. Po odstranění stehů a pevném srůstu sutury je dobré zahájit aplikaci krému s obsahem heparinu nebo Heparoid v kombinaci s atrofizujícími

kortikosteroidy, nebo přípravky s obsahem silikonu. Masáže jsou tlakové a měly by se provádět denně. Kolem očí často vznikají otoky z důvodu porušení lymfatického systému a pacienta je nutné poučit o lymfatické masáži.

Všechny metody mohou být provázeny řadou komplikací, např. tvorbou pigmentací, hematomů, jizvením, bolestivostí při výkonu, perzistující erytém, zvýšená citlivost kůže k zevním vlivům. Po zákroku a dalších 4–5 měsíců je nutná účinná fotoprotekce. Z počátku je vhodnější používat UV přípravky s fyzikálními filtry, které obsahují menší množství emulgátorů a chemických látek. Dekorativní kosmetiku lze používat po 10–14 dnech, nejprve lehký pudrový make-up.

Závěr

Zákroky používané v korektivní dermatologii lze používat jak v monoterapii, tak i v kombinaci různých metod k dosažení nejlepšího výsledku. Neexistuje standardní postup a ke každému člověku musíme přistupovat individuálně. Vždy je velmi důležité poučení pacienta, zvolení nejvhodnějšího způsobu ošetření kůže a následné péče po zákroku. Spolupráce pacienta je nutná k dosažení rychlé regenerace a jeho spokojenosti. Nejen laseroterapie patří do rukou odborníků.

Převzato z Dermatol. praxi 2007; 1(3): 104–106.

MUDr. Lucie Růžicková-Jarešová
Dermatovenerologické oddělení FN Motol
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
e-mail: lucie.jaresova@centrum.cz

Literatura

1. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Dermatology. Physical Methods of Therapy. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York. 2000; 2. vydání: 1767–1778.
2. Fadrhonicová A. Farmakoterapie kožních nemocí. Praha: Avicenum, Grada Publishing spol. s r. o. 1999. 1. vydání.
3. Fořtek O. a spol. Kosmetická problematika v dermatologické praxi. Stárnutí. Praha: Avicenum 1987. 1. vydání. s. 56–57.
4. Hegyi E. Geriatrická dermatologie. In: Novotný, F. a spol. Obecná dermatologie. Praha: Avicenum 1989. 1. vydání. s. 250–257.
5. Kokosová R. Korektivně dermatologické metody. Praha: Maxdorf s. r. o. 2001, s. 13–21.
6. Methods of Therapy. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag 2000. 2. vydání, s. 1767–1778.
7. Yaar M, Gilchrist BA. Aging of skin. In: Fitzpatrick TB. Dermatology in General Medicine. New York: Mc Graw-Hill 1999. 5. vydání. s. 1697–1704.