

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/111452>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Медицина

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЦЕЛЛЮЛИТА.....	4
1.1 Строение и типы кожи. Подкожная жировая ткань.....	4
1.2 Причины и особенности формирования целлюлита и степени поражения кожи. Липидный обмен.....	10
1.3 Эстетическая проблема целлюлита, возможности и методы ее коррекции в эстетической косметологии.....	16
2. КОМБИНИРОВАННАЯ МЕТОДИКА КОРРЕКЦИИ ГИПОДЕРМЫ И ЖИРОВЫХ ОТЛОЖЕНИЙ.....	23
2.1 Описание используемой методики.....	23
2.2 Показания и противопоказания к использованию методики.....	30
2.3 Преимущества комбинированной методики.....	31
2.4 Описание курса процедур.....	32
2.5 Возможные осложнения, побочные эффекты и методы их нейтрализации.....	37
3. АНАЛИЗ ПРОВОДИМОЙ КОРРЕКЦИИ И СОПУТСТВУЮЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ КЛИЕНТА.....	38
3.1 Протокол коррекции целлюлита комбинированным методом.....	38
3.2 Характеристика используемых инструментов и косметологических средств.....	41
3.3 Программа рекомендаций клиенту на дом во время и после проведения курса процедур.....	42
3.4 Этапы проведения и результаты процедуры.....	46
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	49
СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	50

ВВЕДЕНИЕ

Целлюлит – самая актуальная проблема женщин в современном мире, диктующем стандарты красоты. Косметологи, диетологи, модельеры умело манипулируют этим термином, пропагандируя избавляться от не эстетичных «комочков», «бугорков» и лишнего жира в области бёдер, живота, рук, спины и других частей тела. Представительницы слабого пола в стремлении иметь идеальную фигуру без целлюлита готовы тратить колоссальные материальные средства на это, истязать себя различными диетами и покупать дорогие косметические средства: кремы, гели, сыворотки.

Однако, как показывает практика, для достижения долгосрочного эффекта необходим комплексный подход к проблеме.

Актуальность данной работы заключается в высоком уровне востребованности процедур по коррекции целлюлита у подавляющего числа клиентов.

Предметом исследования данной дипломной работы стали методики коррекции целлюлита в косметологии.

Объектом исследования работа косметолога по коррекции целлюлита и ее методическое обеспечение.

Целью дипломной работы стало выявление оптимальной методики по подбору программы коррекции целлюлита.

Для достижения поставленной цели автором были поставлены и решены следующие задачи:

- рассмотреть понятие целлюлита и предпосылки его формирования;
- рассмотреть строение и типы кожи, а также понятие липидного обмена и его влияния на формирования целлюлита;

- рассмотреть методики коррекции целлюлита;
- разработать алгоритм диагностики и формирования индивидуальной программы по коррекции целлюлита.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЦЕЛЛЮЛИТА

1.1 Строение и типы кожи. Подкожная жировая ткань

Кожа - это мягкая наружная ткань, которая покрывает тело[4]. У людей это самый большой орган тела, он защищает внутренние органы от окружающей среды, используя многослойную систему амортизации, клеточный барьер и защитные масла. Она также играет активную роль в поддержании нашего здоровья, например, регулирование температуры тела путем потоотделения и приливов. Кожа также вырабатывает витамин D, который важен для здоровья костей, от солнечного света.

Функции кожи

Кожа может выполнять множество различных функций, которые полезны для организма. К ним относятся:

- Защита от окружающей среды;
- Предотвращение потери воды;
- Сенсорная
- Регулирование температуры
- Структура кожи [6]

Есть три основных слоя кожи, и от поверхностного до глубокого, это эпидермис, дерма и гиподерма.

Каждый слой может быть дополнительно подразделен на свои составляющие области.

Эпидермис является самым верхним слоем кожи. Переходя от глубокого к поверхностному, он состоит из пяти слоев;

- базальный слой (базальный слой / герминативум)
- слой колючей клетки (стратос спиносум)
- зернистый слой (stratum granulosum)
- прозрачный слой (stratum lucidum)
- ороговевший слой (роговой слой) [9]

Эпидермис значительно толще в области ладоней и подошв по сравнению с другими областями тела. Кроме того, нет никаких сальных желез или волосяных фолликулов, расположенных на коже в ладонях и подошвах, в то время как эти структуры обнаружены в других областях тела. Поэтому толстая безволосая кожа в ладонях и подошвах называется гладкой кожей, в то время как в других местах она называется волосистой кожей.

Это слой кожи, который удерживает патогены и удерживает воду. Клетки в эпителии включают кератиноциты, которые защищают от патогенных микроорганизмов, клетки Лангерганса, которые помогают с иммунным ответом, если происходит инфекция, и меланоциты, которые вырабатывают пигменты, которые придают коже цвет.

Большинство ожогов и повреждений кожи являются повреждениями эпидермиса, которые могут быстро зажить. Более глубокие травмы, которые также повреждают дерму, могут быть более серьезными.

Базальная мембрана

Базальная мембрана представляет собой тонкий слой волокон между дермой и эпидермисом. Он контролирует обмен между ними, служа дополнительной линией защиты от патогенов и дополнительной защитой от потери воды и других жизненно важных веществ.

Когда коже необходимо расти или заживать, базальная мембрана позволяет воде и питательным веществам достигать поврежденного эпидермиса и помогать процессу заживления.

Дерма - это более глубокий слой кожи, который действует как подушка, защищающая тело от резких ударов. Он содержит много сложных структур, включая нервы, кровеносные сосуды, волосяные фолликулы, потовые железы и «сальные железы», которые производят восковое, маслянистое вещество, которое покрывает вашу кожу, чтобы защитить ее от вредного воздействия окружающей среды.

Таблица 1.1 - Структура и функции кожи

Определение Самый большой орган тела, который покрывает и защищает внешнюю поверхность тела.

Слои кожи Эпидермис - самый поверхностный

Дерма - глубокий слой

Гиподерма - самый глубокий слой с рыхлой соединительной и жировой тканью

Функция Защита, терморегуляция, обнаружение сенсорных раздражителей

Эпидермис состоит из множества типов клеток. Клетки, которые содержат кератин, известны как

кератиноциты. Это многослойные плоские эпителиальные клетки, которые ежедневно сбрасываются с поверхности кожи. Они являются потомством клеток в базальном слое.

Рис 1.1 - Слои кожи

Рассмотрим зрелые некератиноциты, которые существуют в эпидермисе. К ним относятся меланоциты и лимфоциты и клетки Лангерганса, которые возникают из дендритных клеток костного мозга. Как указывалось ранее, меланоциты синтезируют и хранят меланин, который не только способствует окрашиванию кожи и волос, но и обеспечивает защиту от ультрафиолетового излучения.

В эпидермисе также есть механорецепторы, которые облегчают сенсорное восприятие. У основания этих клеток присутствуют свободные нервные окончания в виде расширенных дисков.

Гистологический состав пяти слоев эпидермиса выглядит следующим образом:

1. Базальный слой действует как область стволовых клеток для эпидермиса. Базальная мембрана служит точкой разграничения между эпидермисом и дермой (то есть дермо-эпидермальным соединением).
2. Кератохалиновые гранулы проявляются в виде плотных базофильных структур в цитоплазме. Кератиноцит также содержит тельца Одланда, которые представляют собой пластинчатые секреторные органеллы, которые также обнаруживаются в пневмоцитах типа II. Они высвобождают свое гидрофобное содержание гликофосфолипидов во внутриклеточный компартмент путем слияния с плазматической мембраной кератиноцитов. Это способствует избирательной проницаемости кожи; делая его относительно водонепроницаемым. По мере разрушения клеточных органелл кератиновые нити взаимодействуют с кератохалиновыми гранулами с образованием кератина. Этот кератин обычно является мягким кератином кожи (в отличие от твердого кератина волос и ногтей).
3. Роговой слой является наиболее поверхностным слоем кожи. Он разработан, чтобы противостоять внешним раздражителям, чтобы защитить более глубокие структуры. Клетки этого 15-20 слоистого слоя являются мертвыми, неядерными, заполненными мягкими кератиновыми нитями [13]

Глубоко в эпидермисе находится дерма. Эта область нерегулярно расположена и заполнена в основном соединительной тканью. Он лежит глубоко к базальной мембране базального слоя. У взрослых приблизительно 85% коллагеновых волокон, которые обеспечивают прочность, представляет собой коллаген типа I, тогда как остальная часть представляет собой коллаген типа III. В дополнение к коллагену дерма также содержит эластичные волокна, которые способствуют отдаче кожи. Коллаген типа IV в основном находится на дермо-эпидермальном соединении, где он охватывает как клетки Шванна, так и эндотелий сосудов. Коллагеновые волокна типов V, VI и VII вносят очень незначительный вклад в структуру кожи.

И коллаген, и эластичная сеть удерживаются вместе смесью гликопротеинов, связанной воды и гликозаминогликанов. Целостность фиброзной сети варьируется с возрастом и даже в пределах определенных областей тела. Хотя сеть соединительной ткани достаточно прочна, чтобы удерживать кожу вместе, она все же позволяет эпидермальным придаткам, сосудисто-нервным сетям и лимфатическим путям проходить через его вещество.

Таблица 1.2 - Типы клеток в дерме

Типы клеток Постоянные клетки: мышечные клетки (кожных мышц, т.е. мышцы-пилинга), нервные клетки (свободные нервные окончания)

Мигрирующие клетки: иммунные клетки (лейкоциты, лимфоциты)

Внеклеточный матрикс Коллаген типа I (основной тип), коллагена типов III и IV; эластичные волокна

Дерма также содержит два основных типа клеток постнатально. Существуют постоянные клетки, которые являются частью других фиксаторов в дерме (т.е. мышцы, сосуды и нервы) и мигрирующие клетки (то есть лимфоциты и другие лейкоциты), которые выполняют иммунную функцию.

Есть два определенных слоя дермы. Более поверхностным из них является папиллярный слой. Он характеризуется кожными сосочками, которые выступают в виде неправильных выступов, которые чередуются с эпидермальными гребнями эпидермиса. Сосочки притуплены и могут быть разделены на острые выступы. Они менее многочисленны и меньше в тонкой коже, которая имеет минимальное механическое напряжение, по сравнению с участками с более толстой кожей (то есть ладонями и подошвами), где они имеют тенденцию образовывать изогнутые параллельные линии.

Глубоко до папиллярного слоя находится ретикулярный слой дермы. Нет четкого разграничения между двумя структурами. В отличие от папиллярного слоя, ретикулярный слой содержит в основном грубые волокна типа I с переменным количеством эластичных волокон. Существует значительное взаимодействие между волокнами типа I и типа III в обоих слоях до точки, где образуется прочная, но податливая решетка.

Наконец, дерма покоится на слое рыхлой соединительной ткани, известной как гиподерма. Это поверхностная фасциальная оболочка с вкрапленной жировой тканью. Фасция уменьшает трение между дермой и более глубокой мускулатурой, в то время как жировая ткань участвует в механизмах терморегуляции, а также нейтрализует механические повреждения, возникающее при прямом воздействии.

1.2 Причины и особенности формирования целлюлита и степени поражения кожи. Липидный обмен
Липодистрофия (целлюлит) — структурные изменения в подкожном слое, ведущие к нарушению микроциркуляции и лимфатического оттока. Его можно охарактеризовать как застойные явления в жировой ткани, приводящие к её дистрофии [17].

Целлюлит может поражать как мужчин, так и женщин, но он чаще встречается у женщин из-за различного распределения жира, мышц и соединительной ткани. От 80 до 90 процентов женщин могут страдать от целлюлита в определенный момент своей жизни.

Патогенез целлюлита. В основе липодистрофии лежат как экзогенные, так и эндогенные предрасполагающие факторы. Экзогенные включают гиподинамию, несбалансированное питание (неограниченное потребление жиров и углеводов), курение, стресс, алкоголь и другие факторы. Подчеркните, что существенным негативным моментом является ношение модельной обуви на высоких каблуках. Среди эндогенных факторов важность эндокринных изменений (ведущих, в первую очередь, к гиперэстрогенным и гипоэстрогенным) и нарушениям кровообращения (например, варикозный симптомокомплекс), а также наследственной предрасположенности, биотипа, сопутствующих заболеваний (например, желудочно-кишечного тракта) является подчеркнуты. Считается, что целлюлит более восприимчив к женщинам и европеоидной расе. Преобладание целлюлита среди женщин объясняется рядом анатомо-физиологических особенностей.

Так, гиперэстрогения и гипоандрогения более характерны для женщин, для них более характерен гипотонус кровеносных сосудов кожи и более глубоких мышц. Из морфологических характеристик подкожных жировых клеток внимание обращается на более крупные жировые дольки у женщин по сравнению с мужчинами. Кроме того, известно, что межклеточные соединительнотканые перегородки у женщин параллельны друг другу и перпендикулярны поверхности кожи, а у мужчин - под углом 45 ° к поверхности кожи.

Комплекс эндо- и экзогенных предрасполагающих факторов приводит к увеличению размера адипоцитов и увеличению массы жировой ткани. Увеличение размера адипоцитов связано с дисбалансом между процессами липогенеза (синтез триглицеридов из глицерол-3-фосфата и жирных кислот) и липолиза (расщепление триглицеридов глицерином и свободными жирными кислотами). Считается, что именно увеличенные адипоциты оказывают механическое давление на фибробласты, что является причиной чрезмерного образования коллагена, то есть фиброза. С другой стороны, рост жировой ткани предрасполагает к нарушению кровообращения в различных слоях кожи, что приводит к отеку тканей, венозному и лимфатическому стазу. Местная гипоксия также способствует росту и изменению качественного состава коллагеновых волокон соединительной ткани. Это приводит к образованию волокнистых структур, расположенных перпендикулярно поверхности кожи. Этот комплекс морфологических изменений еще больше усугубляет нарушение трофики и нейротрофию всех слоев кожи.

Симптомы целлюлита

Комплекс морфологических изменений приводит к утолщению подкожной жировой клетчатки и образованию так называемых «ямочек на целлюлите». Принято выделять следующие стадии развития целлюлита:

Степени тяжести целлюлита, опубликованная в 2009 году, подразделяются по трем категориям:

I этап: внешних проявлений нет. Но наблюдается небольшой отек, из-за сосудистых нарушений наблюдается тенденция к образованию гематомы, ухудшается заживление кожи.

II стадия - отек более выражен. Микроузелки образуются. При подкупе складки кожи выявляется так называемая «апельсиновая корка».

III этап - «апельсиновая корка» видна глазу. Температура кожи снижается.

IV стадия - образуются крупные сучки, кожа подтягивается в местах сильного фиброза. Из-за сдавливания нервных окончаний появляются участки с нарушенной чувствительностью, на термограмме обнаруживаются холодные пятна. Некоторые узлы болезненны на ощупь. Данная стадия лечится под наблюдением квалифицированного врача, и в данной работе рассматриваться не будет.

Точная причина целлюлита неизвестна, но, по-видимому, это происходит из-за взаимодействия между соединительной тканью в дерматологическом слое, который лежит ниже поверхности кожи, и слоем жира, который находится чуть ниже него.

Рис. 1.2 – Образование целлюлита

Рассмотрим факторы, которые связаны с вероятностью возникновения целлюлита.

1. Гормональные факторы и возраст

Гормоны, вероятно, играют важную роль в развитии целлюлита. Эстроген, инсулин, норадреналин, гормоны щитовидной железы и пролактин являются частью процесса формирования целлюлита. Одна из теорий заключается в том, что по мере уменьшения эстрогена у женщин при наступлении менопаузы кровотоки соединительной ткани под кожей также уменьшаются.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Атлас. Базальная мембрана кожи человека в разные возрастные периоды. - М.: Триумф, 2015. - 96 с.
2. Ауреден, Л. Книга о врачебной косметике. Полезные советы / Л. Ауреден. - М.: Алеко, Радио и связь, 1993. - 192 с.
3. Ахабадзе, А. Ф. Практическое пособие для медицинских сестер косметичек-массажисток / А.Ф. Ахабадзе, В.Я. Арутюнов. - Москва: ИЛ, 1991. - 128 с.
4. Ашера, Б. Инъекционные методы в косметологии / Б. Ашера, Н.П. Миха. - Москва: СПб. [и др.] : Питер, 2016. - 0 с.
5. Бауманн, Л. Косметическая дерматология. Принципы и практика / Л. Бауманн. - М.: МЕДпресс-информ, 2013. - 688 с.
6. Вопросы косметологии. - М.: Москва, 1991. - 264 с.
7. Гусаков, Н. И. От косметики до косметологии / Н.И. Гусаков. - М.: Военно-инженерная академия им. В. В. Куйбышева, 1993. - 74 с.
8. Даулинга, Б. Стау Трансплантация волос (+ DVD-ROM) / Под редакцией С. Харбера, Даулинга Б. Стау. - Москва: ИЛ, 2009. - 226 с.
9. Заттлер, Г. Липосакция. Удаление жира. Путь к красивому телу / Г. Заттлер, Б. Зоммер. - М.: Mednova, 2005. - 112 с.
10. Заттлер, Герхард Ботулотоксин в эстетической медицине / Герхард Заттлер. - М.: Практическая медицина, 2012. - 144 с.
11. Заттлер, Герхард Ботулотоксин в эстетической медицине. Атлас / Герхард Заттлер. - М.: Практическая медицина, 2013. - 148 с.
12. Заттлер, Герхард Филлеры в эстетической медицине. Атлас / Герхард Заттлер, Борис Зоммер. - М.: Практическая медицина, 2013. - 178 с.
13. Заттлера, Герхарда Липосакция (+ DVD-ROM) / Под редакцией С. Уилльяма Ханка, Герхарда Заттлера. - М.: Рид Элсивер, 2009. - 184 с.
14. Каплунов, О. А. Косметическая коррекция формы и длины ног (+ CD-ROM) / О.А. Каплунов, А.Г. Каплунов, В.И. Шевцов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 170 с.
15. Карпова, Е. И. Контурная инъекционная пластика мягких тканей лица. Система оптимизации / Е.И. Карпова, А.В. Картелишев. - М.: Бином, 2016. - 216 с.
16. Коррекция рубцов / Под редакцией Кеннета А. Арндта. - М.: Рид Элсивер, 2009. - 116 с.
17. Лазеро- и светолечение. Том 2. Омоложение кожи. Лазерная шлифовка. Лазерная терапия у пациентов с темной кожей. Лечение целлюлита (+ DVD-ROM). - М.: Рид Элсивер, 2010. - 152 с.
18. Медицинская косметика. Руководство. - М.: Медицина, 1985. - 208 с.
19. Михайличенко, П. П. Вакуум-терапия в косметологии. Практическое руководство для массажистов / П.П. Михайличенко. - М.: Наука и техника, 2007. - 304 с.
20. Ноул, Бритта Мезотерапия в эстетической медицине. Действующие вещества. Дозировки. Методики инъекций. Атлас / Бритта Ноул. - М.: Практическая медицина, 2014. - 140 с.
21. Обаджи, З. Э. Искусство оздоровления кожи. Восстановление и омоложение. Научные основы клинической практики / З.Э. Обаджи. - М.: Практическая медицина, 2016. - 300 с.
22. Орасмяэ-Медер, Тийна Наука красоты. Из чего на самом деле состоит косметика / Тийна Орасмяэ-Медер, Оксана Шатрова. - М.: Альпина Паблишер, 2016. - 376 с.
23. Практическая косметология / Ю.С. Бутов и др. - М.: Медицинское информационное агентство, 2013. - 400 с.
24. Практическое пособие для косметичек-массажисток. - М.: Медицина, 2002. - 168 с.
25. Ричарда, Х. Хога Минимально инвазивная косметическая хирургия лица / Под редакцией Джозефа

Ниямту, Ричарда Х. Хога. - М.: МЕДпресс-информ, 2007. - 160 с.

26. Сафонов, Игорь Лечение и коррекция рубцов. Атлас / Игорь Сафонов. - М.: МЕДпресс-информ, 2015. - 216 с.

27. Сорокина, В. К. Косметология / В.К. Сорокина. - М.: Гиппократ, 2012. - 400 с.

28. Сорокина, В. К. Косметология. Пособие для врачей / В.К. Сорокина. - Москва: СПб. [и др.] : Питер, 2014. - 408 с.

29. Тости, А. Лечение осложнений косметических процедур. Решение типичных и редких проблем / А. Тости. - Москва: Высшая школа, 2014. - 0 с.

30. Эдгара, Ф. Финчера Блефаропластика (+ DVD-ROM) / Под редакцией Рональда Л. Мюа, Эдгара Ф. Финчера. - М.: Рид Элсивер, 2009. - 146 с.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/111452>