

ОБЛИК

Авторская интерпретация



18+

esthetic guide №1 (18) январь 2017



Андрей Фёдоров

врач-дерматовенеролог, косметолог, руководитель направления врачебной косметологии в центре красоты Barber Z, сертифицированный тренер компании Innovation, преподаватель кафедры дерматовенерологии ПФ РНИМУ им. Пирогова, Москва.

«Нет» шаблонам, «да» алгоритмам

Волюметрическая коррекция нижней трети лица у пациентов молодого возраста.

Введение

На сегодняшний день инъекционная контурная пластика продолжает оставаться, пожалуй, одной из самых востребованных процедур среди пациентов, несмотря на кризис^[1]. Однако за последние несколько лет, по наблюдениям автора, структура запросов несколько изменилась: среди молодых пациенток доминирует тренд на естественность вкупе с именно комплексной гармонизацией пропорций лица. На первый план также выходит и финансовая составляющая. В этой статье мы рассмотрим нюансы работы филлерами гиалуроновой кислоты с целью улучшения пропорций нижней и средней трети лица у пациенток возрастной группы 25–35 лет.

В основе любой врачебной манипуляции, в первую очередь, лежит принцип «не навреди». В свете полученных на сегодняшний день данных, демонстрирующих достоверное изменение как скорости кровотока, так и цитоархитектоники тканей после введения гиалуроновых филлеров, этот принцип безусловно выдвигается на первый план^[2, 3]. Кроме того, не стоит списывать со счетов и тот

суммирующийся эффект изменений в тканях, который способен развиваться в результате нескольких последовательных коррекций одной зоны.

В данной статье разбирается именно объёмное моделирование лица. А значит, перечисленные выше риски актуальны вдвойне, ведь так называемые филлеры-воллюметрики обладают наиболее медленной скоростью биодеструкции и биорезорбции среди всех имплантатов на основе гиалуроновой кислоты. К тому же, речь пойдёт о пациентах в возрасте 25–35 лет. Логично, что любые вмешательства у данной возрастной группы должны происходить вдвойне аккуратно. Ведь никто не может с уверенностью сказать, какой объём изменений будет накоплен, например, за 10–15 лет регулярных введений гиалуроновых имплантатов в одну и ту же зону. Полагаю, некоторые коллеги сталкивались с такими нежелательными явлениями, как фиброз или усиление отёчности даже после проведения однократных процедур инъекционной контурной пластики.

Принципы коррекции

В свете вышеперечисленного возникает необходимость формирования базовых принципов техники безопасности при объёмном моделировании лица у молодых пациентов. Сформулируем их тезисным образом.

- Уменьшение кратности проведения процедур с увеличением временных рамок между ними. Добиться этого возможно, используя филлеры гиалуроновой кислоты с оптимальными вязкоэластичными характеристиками, позволяющими находиться в тканях длительное время с сохранением результатов коррекции.

Аргументированный подбор методик решения той или иной эстетической проблемы является частью повседневной работы врача-косметолога.

- Работа малыми объёмами препарата. Ведь именно объём введённого инородного тела во многом определяет масштаб ответной реакции, возникающей со стороны организма [4]. Решить подобную задачу вполне возможно, достаточно использовать гиалуроновые филлеры высокой плотности. Именно такие продукты способны демонстрировать выраженные результаты даже при небольших объёмах введения.
- Качество вводимого препарата. Уверенность в безопасности вводимого филлера актуальна как никогда. Высокие стандарты производства служат своего рода «предохранителем» от развития цитотоксических, обусловленных наличием бактериальной флоры, а также прочих воспалительных реакций [5]. Чем более интактен имплантат по отношению к окружающим тканям, тем меньше негативных последствий он в них вызовет [6].
- Умение отказывать пациенту в коррекции. В ряде случаев исходные пожелания априори не совпадают с возможностями инъекционной контурной пластики.

Анатомия нижней трети лица

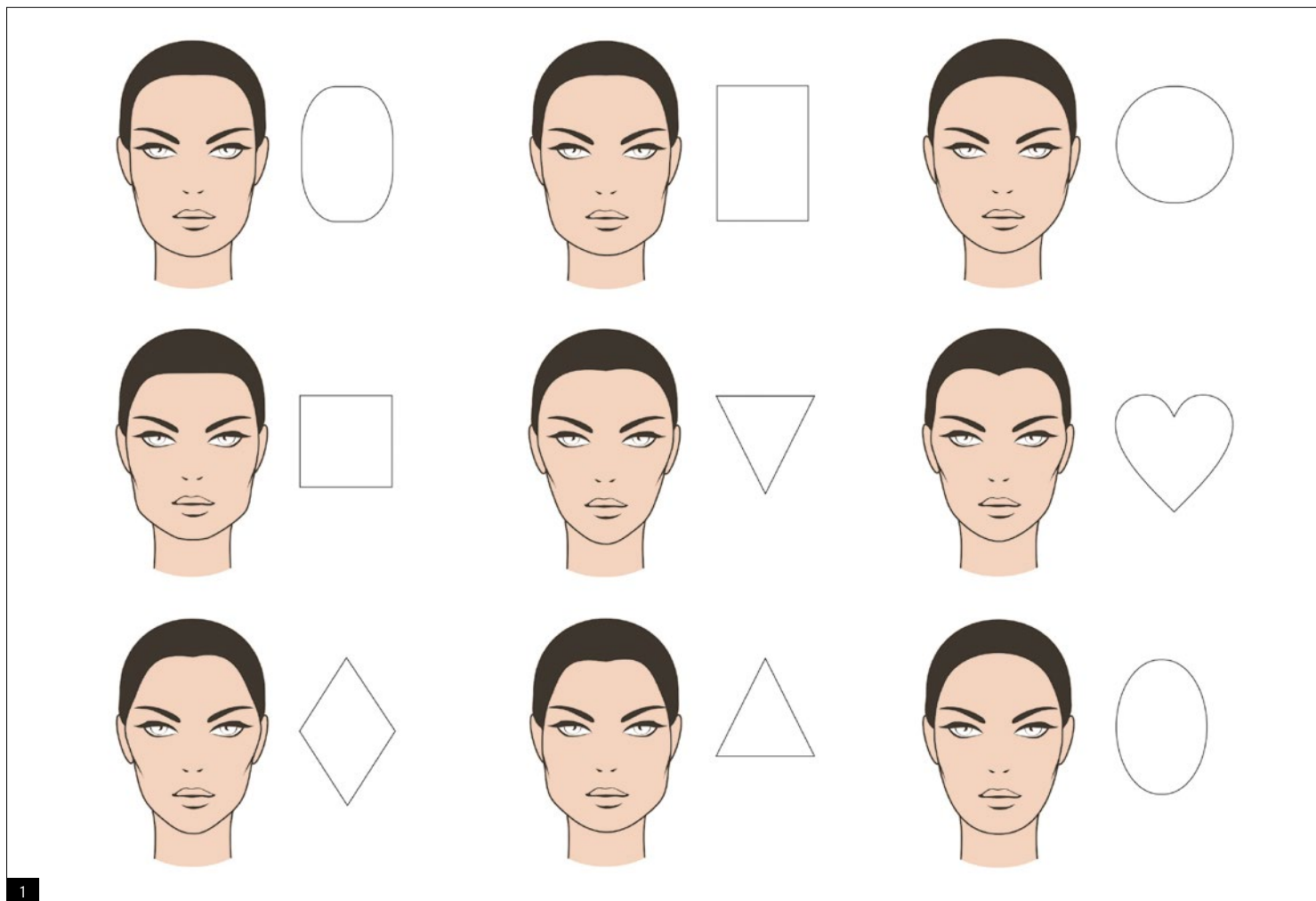
Кратко рассмотрим анатомию нижней трети лица с точки зрения формирования возрастных изменений.

Подбородочная мышца (*m. mentalis*) — плоская мышца треугольной формы, берущая начало на передней поверхности нижней челюсти на уровне подбородочной ямки, по обе стороны от симфиза нижней челюсти [7]. Косо-направленные волокна левой и правой подбородочных мышц образуют центральный V-образный треугольник. Волокна мышцы, направляясь кнутри и вниз, вплетаются в кожу подбородка. Гипертонус подбородочной мышцы, помимо формирования кожного рисунка, формирует уплощение подбородочной области, а также выдвигание нижней губы вперёд и вверх. Линия подбородка и подбородок поддерживаются костной структурой: подбородочным бугром, а затем горизонтальной S-образной частью нижнего края подбородка. На окончательный вид при старении оказывает влияние включения мышечной и соединительной тканей в эту костную часть специфической формы. Любое уменьшение массы в сагиттальном или вертикальном направлении усиливает аспект старения, в то время как любое увеличение этой массы, напротив, уменьшает аспект старения [8]. Зачастую при помощи филлеров мы существенно меняем объём

подбородочной мышцы в целом. При подобных коррекциях часть препарата будет вводиться непосредственно внутримышечно. В условиях гипертонуса имплантат подвергается существенным нагрузкам за счёт сокращения мышечных волокон. Как следствие, возможны и столь неприятные побочные явления, как перераспределение введённого филлера, а также субъективные ощущения в виде онемения, болезненности в местах инъекций и т. д. В этой связи целесообразным представляется расслабление *m. mentalis* при помощи ботулотоксина на первом этапе и введение наполнителя небольшими объёмами в несколько точек на втором. Особые требования приходится предъявлять и к самим филлерам ГК: с одной стороны, они должны иметь низкий модуль текучести, дабы избежать перераспределения до момента формирования первичной капсулы вокруг имплантата. С другой стороны, обязателен высокий модуль упругости. В противном случае возникает высокий риск фрагментации препарата под действием мышечных сокращений с потерей объёма и формы.

Жировая же ткань нижней трети лица как бы заключена в «мешок», ограниченный латерально и медиально двумя неподвижными структурами: околоушной областью и подбородком с его мощными мышечными включениями. С возрастом жир переваливается через край нижней челюсти, формируя так называемые «брыли». Изменения рельефа подчёркивают и дополнительные точки фиксации между кожей и костью нижней челюсти. Латеральной точкой является нижнечелюстная связка, расположенная непосредственно за мышцей, опускающей угол рта. Медиальная же образована ветвью лицевого нерва, связанной с предоколоушной перегородкой и расположенной над ним. Данные области фиксации лишь подчёркивают депрессию мягких тканей, дополнительно отграничивая их [10].

**Индивидуальный гибкий подход
вкупе с естественными результатами
являются безусловными и важными
конкурентными преимуществами.**



1

Алгоритмы коррекции

Если с анатомической точки зрения возможные предпосылки изменений и способы их коррекции вполне ясны, то в случае с конкретными пациентами любые изменения пропорций должны строиться исходя из формы лица в целом, а также индивидуальных пропорций.

Для наглядности рассмотрим наиболее часто встречающиеся варианты [Рис. 1]. Данная иллюстрация удобна с точки зрения визуальной понятности для пациентов: на первичном приёме важно определиться, с каким вариантом строения мы имеем дело. Это позволит точно сформулировать задачи коррекции, а также предполагаемый объём препарата, который понадобится для их решения. Простые чёткие примеры всегда помогают врачу как убедить, так и, напротив, отговорить пациента от тех или иных изменений пропорций. Так, акцент лишь на скуловую зону в случае с лицом округлой формы вряд ли способен придать необходимое изящество. В то время как аугментация скуловой и подбородочной зон придаст ему более «утончённый» вид, приближенный по форме к варианту «треугольника». В то же время, астеническое лицо овальной формы при таком же объёме вмешательств рискует начать выглядеть «измождённым». Для того чтобы избежать подобного эффекта, необходимо создать с помощью филлера иллюзию большего разворота угла нижней челюсти, дабы соблюсти пропорции относительно изменившейся скуловой зоны. В подобном случае лицо приобретёт намного более гармоничную форму, более напоминающую вариант «прямоугольник».

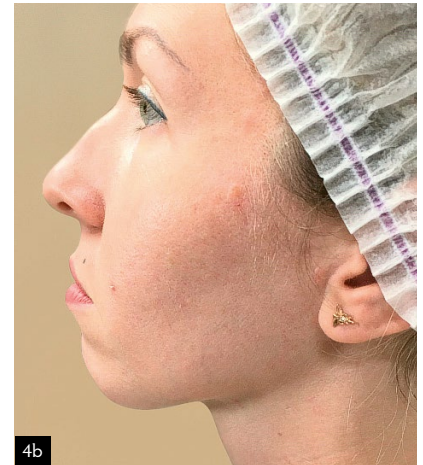
Клинический случай

В качестве иллюстрации рассмотрим клинический пример: пациентка Н., 34 года [Рис. 2]. Обратилась с жалобами на намечающуюся депрессию мягких тканей нижней трети лица. Кроме того, беспокоила «уплощённая», со слов пациентки, форма подбородка, придающая лицу дисгармоничный вид.

Для маскировки намечающихся «брылей» решено было предпринять следующие действия: линейно-ретроградное введение филлера по линии проекции тела кости нижней челюсти, аугментация области подбородка и скуловой зоны.

Выбор филлера: для коррекции принято решение использовать бифазный филлер нового поколения Yvoire Contour. К безусловным преимуществам следует отнести фактический объём шприца 2,2 мл, а также крайне удачное соотношение плотности препарата с высокой степенью пластичности благодаря добавлению нестабилизированной ГК. Результатом такого сочетания является возможность равномерного распределения Yvoire Contour в зоне инъектирования с сохранением результатов коррекции более года. В процедурах инъекционной контурной пластики риск является абсолютно лишним. Филлеры же Yvoire подходят нам и с точки зрения безопасности: высокая степень чистоты ГК сводит к минимуму возможность развития иммуновоспалительных реакций.

Введение осуществлялось при помощи гибкой канюли диаметром 25G согласно схеме, представленной на рис. 3. Линия введения проходила на 3–5 мм выше



края кости нижней челюсти, дабы исключить возможную нежелательную миграцию филлера. Суммарно на коррекцию данных областей потрачен 1 мл препарата.

В области подбородка проведена процедура ботулинотерапии *m. mentalis*, а также аугментация данной зоны филлером *Yvoire Contour*. Введение осуществлялось при помощи иглы с оставлением двух болюсов супраприостально. Общий объём введённого в подбородочную область филлера составил 0,6 мл [Рис. 4]. Кроме того, была выполнена аугментация скуловой зоны оставшимися 0,6 мл филлера болюсно в латеральные участки SOOF при помощи иглы. Полный объём коррекции составил один шприц *Yvoire Contour* 2,2 мл.

Результаты через 14 дней после перечисленных выше манипуляций представлены на рис. 5.

Выводы

На сегодняшний день рынок процедур инъекционной контурной пластики перенасыщен предложениями как услуг, так и препаратов. Однако «звёздное трио» — эффективность, безопасность, цена — по-прежнему составляет основу потребностей врача и пациента. Использование филлера на основе стабилизированной ГК *Yvoire Contour* позволяет решать вышеперечисленные задачи, а уникальные гибридные свойства и оптимальный объём делают его популярность заслуженной, по мнению автора. ○

Литература

1. Cosmetic Surgery National Data Bank Statistics [Электронный ресурс]. URL: www.surgery.org/sites/default/files/2014-Stats.pdf.
2. Севастьянов В. А., Кирличников М. П. Биосовместимые материалы. — 2011. — С. 135–144.
3. Карпова Е. И., Губанова Е. И., Панова О. С., Змазова В. Г. Современные технологии в косметологии. Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и медицинской косметологии. — 2009. — С. 38–45.
4. Карпова Е. И., Лапатина Н. Г., Чайковская Е. А., Лебедева С. В., Данищук О. И. Сосудистые осложнения инъекционной пластики // Инъекционные методы в косметологии. — 2014. — № 3. — С. 126–142.
5. Sherrill J. Aston, Douglas S. Steinbrech, Mendelson B., Jennifer L. Walden. Aesthetic plastic surgery. — 2009. — P. 51–71.
6. Севастьянов В. А., Кирличников М. П. Биосовместимые материалы. — 2011. — С. 135–144.
7. Ingalina F., Trevedic P. Anatomy and botulinum toxin. — Paris: E2e Medical publishing, Master collection 1, 2010.
8. Sobotta Atlas of Human Anatomy, Head, neck and neuroanatomy. 15-th edition. Edited by T. Klonisch and S. Hombach-Klonisch, — Winnipeg, Canada, Elsevier Urban & Fischer, 2009. — P. 369–370.
9. Ingalina F., Trevedic P. Anatomy and botulinum toxin. — Paris: E2e Medical publishing, Master collection 1, 2010.