

КОНТУРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ВЕРХНЕЙ И СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА

в общей концепции его омоложения

В практическом следовании современной концепции омоложения лица морфометрический и эстетический анализ служит важнейшим инструментом. На какие параметры такой оценки нужно обращать особое внимание при введении гиалуроновых филлеров? Какие зоны и точки являются доминантными в верхней и средней третях лица? Как их определить? Как вводить препараты, исходя из данных топографической анатомии? И какие свойства гелей учитывать?



МАРГАРИТА ЕГОРОВА,

врач-дерматолог, косметолог,
 медицинский директор компании «Мезо-Эксперт»
 Москва

Омоложение и гармонизация лица требуют его коррекции как единого, целостного объекта с точным определением доминантных участков и элементов, — такова современная общая концепция. Однако зачастую врачи отступают от этого принципа, концентрируя усилия на решении отдельных, подчас довольно мелких задач. С чем это связано? На наш взгляд, главные причины кроются в непонимании, незнании или

есть исправлением отдельного эстетического недостатка, а пациент даже и представить себе не может, какой полномасштабный эффект омоложения лица возможен в его случае.

Пожелания (а то и требования) наших пациентов, как правило, не охватывают картину в целом, а сконцентрированы на ее деталях, по их мнению, портящих все дело: «вот из-за этих морщин вокруг рта я и выгляжу старше, уберите только их». На самом деле, выполнение какой-то про-

дур стала коррекция носогубной борозды. Удивительно, что пациенты, вовсе не имеющие этого весьма условного недостатка, приходят к косметологам за избавлением именно от него. А ведь носогубные морщины при улыбке и других мимических движениях появляются даже на лице младенца. В соответствии с общей концепцией омоложения лица речь должна идти не об изолированном исправлении отдельных эстетических недостатков, а о приоритете зон в комплексной коррекции всего лица.



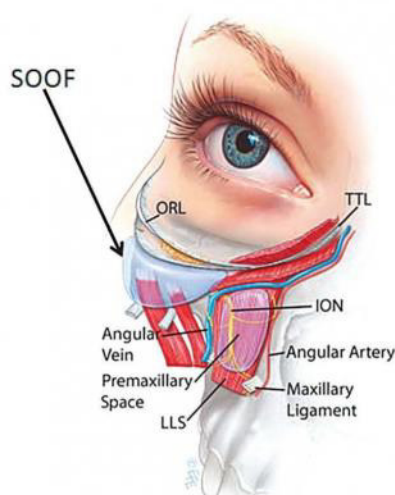
Следует принять во внимание, что увеличение выпуклости боковой части скулы может привести к визуальному углублению вышележащей височной и нижележащей щечной зон, поэтому на завершающем этапе коррекции иногда необходимо обеспечить плавные переходы между ними.

просто игнорировании основ эстетического и морфометрического анализа, отсутствии необходимых практических навыков коррекции определенных зон лица, невладении тем или иным методом, следовании на поводу у пациента. Как результат — косметолог ограничива-

ет процедуру для устранения того или иного эстетического несовершенства, привычно считающегося признаком старения лица, не имеет ничего общего с реальной концепцией его омоложения. Например, своеобразной социальной доминантой среди других омолаживающих проце-

МОРФОМЕТРИЯ И ЭСТЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В ПРИКЛАДНОМ АСПЕКТЕ

Для эмоциональной оценки лица по оси «молодой — старый» не нужно особого аналитического мышления, инволюционные изменения хорошо диагностирует любой специалист эстетической медицины. И морфологические нарушения — что негармонично и что неправильно — тоже просто определяются. Однако важно не только их отметить — профессионал обязан



Анатомическая схема. Подглазничный жир в прескуловой зоне. (Dr Levent Efe, CMI).

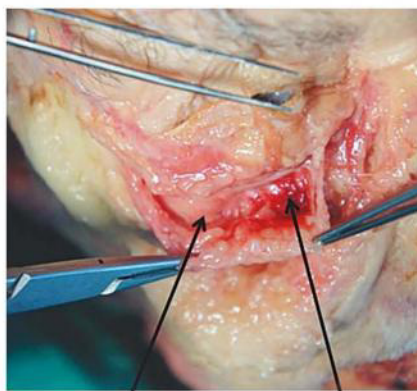
объяснить, как именно и почему возникли нарушения, уметь их устранить.

Чтобы идентифицировать эстетические и морфологические недостатки лица, достаточно определить его высоту и ширину как в целом, так и в верхней, средней и нижней трети, и пропорциональное соотношение этих параметров. На основании проведенной оценки — понять, что нарушает правильные пропорции.

Если для лица характерна резкая «геометрия», а не плавные переходы от одной зоны к другой, это тоже хорошо видно («плавный переход» — здесь, пожалуй, главная характеристика). Нужен просто внимательный оценивающий взгляд, чтобы заметить, что произошло сужение лба в его нижней или верхней части, что он недостаточно высокий, на нем есть впадины, висок углублен, нет плавного перехода от зоны лба к боковой части скулы, практически нет подкожного жирового слоя в области височного шва или костного латерального края орбиты (этот участок скелетизирован), нет постепенного (мягкого) перехода от зоны века к передней выпуклости скулы, под глазами

— углубления, поглощающие свет, скула имеет рельеф «гора-долина», а должна быть единой плавной выпуклостью, с поверхности которой равномерно отражается свет, и пр.

Это элементарные основы морфометрии и художественного анализа, которые на диагностическом этапе позволяют современному специалисту определить на лице и точку фокусировки внимания окружающих (назовем ее центральным фокусом), и, что крайне важно, зоны-доминанты, оценить их градацию и совместную эстетическую значимость. И в соответствии с этим — направить пожелания пациента в нужное русло. Только тогда появляются реальные возможности получить оптимальные визуальные результаты омоложения лица.



Lateral SOOF Medial SOOF

Фото 1. Диссекция орбитальной зоны: латеральный и медиальный компартменты подглазничного жира.



Фото 2. Височный «туннель» (латеральный SOOF).

На лице центром притяжения внимания, безусловно, являются глаза. Красивые глаза — миндалевидной формы, с белыми склерами, яркой радужкой, черными ресницами и правильным расположением кантусов. (Правильным — это когда латеральный угол глаза находится выше медиального. Такая позиция кантусов обеспечивает более высокое положение слезных желез по сравнению со слезным мешком и протоками и регулирует физиологический отток слезы под действием гравитации.)

Глаза как центральный фокус лица требуют от окружающих их зон — нижнеорбитальной, скуловой, височной и лобной — эстетического совершенства. Эти зоны доминируют в восприятии лица. Их морфологические нарушения и инволюционные изменения отвлекают от красоты и выразительности взгляда, «переводя стрелки» на себя, именно они в первую очередь старят лицо.

Об анатомически обоснованной эстетической коррекции этих зон с помощью филлеров и пойдет речь в этой статье.

КОРРЕКЦИЯ ПОДГЛАЗНИЧНЫХ БОРОЗД И ПЕРЕДНЕСКУЛОВОЙ ЗОНЫ

Анатомически лицо делится на два отдела — передний и боковой, граница между которыми определяется как линия, проведенная по медиальному краю жевательной мышцы.

Передний отдел лица более подвижный, в нем сосредоточена вся мимическая мускулатура, он отвечает за мимику, артикуляцию, здесь происходит захватывание пищи. В большей части этого отдела пятый слой тканей представлен слизистой.

Боковой отдел, напротив, более статичный. В нем расположена жевательная мускулатура: височная и жевательная мышцы; SMAS представлена поверхностными фасциями — околоушно-жевательной и наружной височной. Согласно этому делению лица в скуловой зоне также выделяют передний и боковой отделы.

Подглазничные борозды и переднескуловая зона — приоритетные объекты коррекции. Именно из нанесения равномерного света на эту зону вырос классический фотосхоп и другие улучшающие изображение программы. Задачами коррекции здесь являются устранение носослезной, носощечной и пальпебромалиарной борозд, маскировка минимальных пальпебральных и малярных грыжевых мешков, восстановление передней выпуклости скулы, создание плавного перехода от зоны века к скуле.

Носощечная (среднещечная) борозда представляет собой участок депрессии, разделяющий поверхностные инфраорбитальные компартменты (малярный грыжевой мешок) и ниже-



Фото 3. Поверхностные жировые компартменты лица. Разделительные септы ориентированы вертикально (Pialsl, 2010).

лежащий поверхностный назолабиальный.

Для коррекции носощечной борозды препарат безопасно вводить канюлей 25 G/40 мм. Точку входа для канюли определяют под скуловой связкой, но над септой ангулярной вены — на выпуклости скулы по линии, условно проведенной через латеральный угол глаза.

Предпочтительны гиалуроновые гели с высокими вязкоэластическими свойствами, обе-

просвечивает через тонкие кожные ткани.

Для коррекции носослезной борозды канюлю вводят через ту же точку доступа, что и при работе с носощечной бороздой, под углом 45 градусов до касания надкостницы, по направлению к медиальному кантосу, и далее располагают ее параллельно надкостнице.

Важно учитывать, что в преддверии орбиты изменяется уровень



Важно учитывать, что в преддверии орбиты изменяется уровень расположения надкостницы, в соответствии с этим нужно менять и ход канюли. Применение иглы в этой зоне опасно, так как здесь локализируются ангулярная вена, верхняя ветвь инфраорбитальной артерии, ангулярная артерия (у 30% пациентов) и ее дуплекс (в 15% случаев).

спечивающие долговременные результаты объемной коррекции. Если ткани лица при улыбке сильно приподнимаются и выпячиваются в его переднюю плоскость, то в этом случае больше подходят динамичные гели, специально адаптированные к природной биомеханике тканей, — упругие при растяжении и сдавливании.

Инъекцию выполняют медленно, супрапериостально, под SMAS.

Деформация носослезной борозды как эстетический дефект выражается в формировании зоны депрессии, сверху ограниченной надкостничным креплением круговой мышцы глаза, а снизу септой ангулярной вены. В этой зоне мышечные волокна плотные, с хорошим кровоснабжением, над ними нет поверхностного жира, поэтому мышца

расположения надкостницы, в соответствии с этим нужно менять и ход канюли. Применение иглы в этой зоне опасно, так как здесь локализируются ангулярная вена, верхняя ветвь инфраорбитальной артерии, ангулярная артерия (у 30% пациентов) и ее дуплекс (в 15% случаев).

Для обеспечения максимальных эстетических результатов при коррекции необходимо плавно соединить между собой окончание носослезной и начало носощечной борозд.

Формирование пальпебромалиарной борозды обусловлено тем, что наружный щечный (скуловой жир) не доходит до уровня костного края орбиты, из-за чего образуется перепад уровня тканей. Эта зона является опасной условно, поэтому здесь допустима работа иглой. Игла прокалывает все ткани чуть под

углом к надкостнице и слегка ее касается. Препарат вводят болюсно, в объеме не более 0,1 мл в один вкол. При наличии пальпебрального и малярного грыжевых мешков следует обеспечить введение точно между ними (между костным краем орбиты и связкой круговой мышцы глаза), чтобы замаскировать их выбухание.

Эта зона отличается низким уровнем тканевой гиалуронидазы, поэтому здесь долговременный эффект обеспечивают низковязкие и низкоэластичные, хорошо распределимые препараты, не оказывающие высокого давления на круговую мышцу глаза.

Для создания передней выпуклости скулы как единого целого филлеры вводят в первую очередь в глубокий медиальный щечный компартмент, легко определяемый на любом лице. Его верхней границей служит скуловая связка, нижней — септа ангулярной вены, латеральная граница определяется линией,

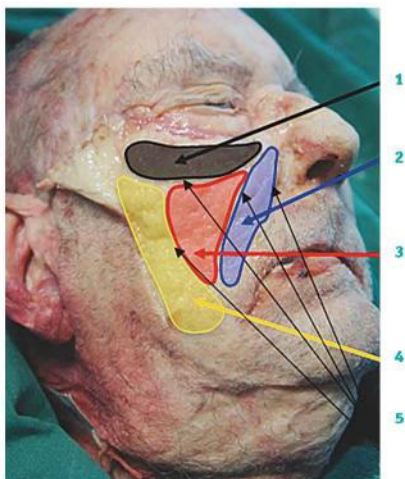


Фото 4. Поверхностные жировые компартменты:

- 1 — infraorbital fat compartment;
- 2 — nasolabial fat compartment;
- 3 — medial cheek fat compartment;
- 4 — middle cheek fat compartment;
- 5 — vascularized septa (из диссекционного курса в Зальцбурге под рук. Wolfgang Redka-Svoboda, Sebastian Cotofana).

условно проведенной вдоль малой скуловой связки. Селективное увеличение передней выпуклости скул визуально усиливает углубления подглазничных борозд, поэтому обе зоны корректируют последовательно и в одну процедуру.

Для снижения болезненности и обеспечения комфорта пациента во время процедуры лучше выбрать лидокаинсодержащие препараты. В первую очередь их вводят в глубокий медиальный щечный компартмент, а затем корректируется носослезная борозда. Тем самым обеспечивается максимальное обезболивание: лидокаин успевает накопиться в премаксиллярном пространстве, где располагается точка выхода инфраорбитальной ветви тройничного нерва, который иннервирует всю эту область лица, и в частности зону нижнеглазничных борозд. Лидокаинсодержащие препараты лучше сначала вводить антеградно, небольшими порциями. Далее специалист может использовать любые техники введения, так как анестезия уже достигнута.

Инъекции геля в переднюю скуловую зону выполняют последовательно на обеих сторонах лица до обеспечения оптимальных параметров коррекции.

Коррекция бокового отдела скулы

Недостаточную выпуклость боковой части скулы многие пациенты считают значимым эстетическим недостатком.

Анатомически этот отдел скулы частично образован ее телом и частично ее височным отростком, или так называемой аркой. Его поверхностные жировые компартменты разделены довольно слабыми, вертикально ориентированными соединительнотканными септами. В связи с этим поверхностное введение гиалуроновых гелей

может привести к их смещению в нижележащую щечную зону. Чтобы предотвратить это смещение и создать скульптурную выпуклость латерального отдела скулы, нужно основную часть препарата вводить в боковую порцию глубокого нижнеорбитального жира (SOOF): ее верхней границей служит поддерживающая связка круговой мышцы глаза (ORL), нижней — скуловая связка (ZL), «крышей» — круговая мышца глаза (OOM), «дном» — надкостница скуловой кости. Введение гелей в это анатомическое образование позволяет получить долговременные результаты коррекции и создать прочный латеральный вектор скулы.

Канюлю вводим из той же точки, что и для коррекции нососщечной борозды, и направляем ее латерально в выше указанный компартмент. Далее для обеспечения плавного перехода от скуловой зоны к щечной коррекцию можно дополнить поверхностным введением препарата. Следует принять во внимание, что увеличение выпуклости боковой части скулы способно привести к визуальному углублению вышележащей височной и нижележащей щечной зон, в этом случае на завершающем этапе коррекции необходимо обеспечить плавные переходы между ними.

КОНТУРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ

Задачи коррекции в височной области — устранение углублений, маскировка признаков скелетизации и обеспечение визуального расширения границ лба и плавного перехода от лобной зоны к виску. Верхней границей височной зоны служит верхняя височная

септа — вертикально ориентированная соединительная ткань, идущая от височного шва к поверхности кожи (для упрощения понимания лучше считать ее самым височным швом). Спереди височная область ограничена латеральным костным краем орбиты (соединенными между собой фронтальным отростком скуловой и скуловым отростком фронтальной костей). Нижнюю границу височной зоны представляет верхний край скуловой арки. Анатомической задней границей тоже служит височный шов, но для коррекции актуальна эстетическая граница этой зоны — линия роста волос.

Послойная анатомия демонстрирует 5 традиционных слоев:

- 1) кожу,
- 2) подкожный жир,
- 3) поверхностную височную фасцию,
- 4) слабую ареолярную сосудистую ткань (аналог глубокого жира),
- 5) глубокую височную фасцию.

В этой зоне наиболее легко, безопасно и эффективно вводить филлер между поверхностной и глубокой височной фасциями с помощью канюли 25 G/40 мм из точки входа, располагаемой в области лба. Точку прокола троакаром намечаем на лобной кости на 1 см выше брови, над височным швом. Канюлю вводим супрапериостально, перпендикулярно к поверхности лба, до касания надкостницы. Затем разворачиваем ее параллельно надкостнице, пробиваем верхнюю височную септу и автоматически переходим на поверхность глубокой височной фасции (канюля скользит по фасции). Чтобы избежать неприятных ощущений у пациента во время определения уровня введения, место прокола троакаром следует

обезболить лидокаином с адреналином. Здесь также рекомендуется использовать сначала антеградное введение лидокаинсодержащего филлера, а затем, после наступления анестезии, обычное ретроградное. В зависимости от выраженности углубления предпочтительны низко- или средневязкоэластичные препараты, обеспечивающие хорошую интеграцию с этой деликатной зоной. Обычно для коррекции одной височной зоны достаточно 1 мл препарата.

Нужно помнить, что устранение углубления в височной зоне может привести к визуальному эффекту увеличения углублений в лобной, поэтому при необходимости в нее тоже нужно ввести филлер. Задача коррекции считается выполненной до конца, если все признаки скелетизации удастся замаскировать. Если в других зонах интеграция геля занимает в среднем 4 неде-

ли, то в височной на это может потребоваться больше времени, в течение которого поверхность зоны выглядит неровной из-за плохого распределения геля под тонкими тканями.

КОНТУРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ЗОНЫ ЛБА

Устранение углублений и маскировка признаков скелетизации в височной зоне часто делают более заметными морфологические и инволюционные изменения в прилегающей к ней лобной. Здесь расположены сосудисто-нервные пучки: супратрохлеарный (проецируется на перпендикуляре, проходящем через медиальный край радужки) и супраорбитальный (на среднезрачковом перпендикуляре), которые выходят из соответствующих надглазничных выемок на верхнем крае глазницы и пересекают лоб снизу вверх. Несложно предположить, что септы именно этих сосудисто-нервных пучков разделяют лобный жир на компартменты. Кроме того, зона лба отделена от височной верхней височной септой, являющейся латеральной границей височных компартментов.

Для создания плавного перехода между сопряженными между собой височной и лобной зонами, визуального расширения лба, устранения углублений и во избежание эмболии геля здесь лучше вводить с помощью канюль большого диаметра. Точку входа для канюли выбираем произвольно, рядом с зоной депрессии, канюлю вводим перпендикулярно поверхности лба и до надкостницы, затем разворачиваем и проводим параллельно ей. Хотелось бы подчеркнуть, что введение иглой более опасно.

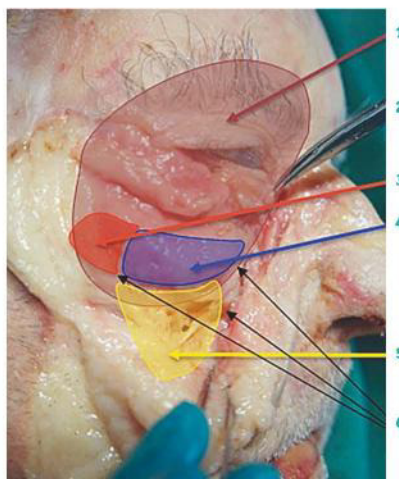


Фото 5. Глубокие жировые компартменты:

- 1 — orbicularis oculi m.;
- 2 — sub-orbicularis oculi fat compartment;
- 3 — (S.O.O.F) Lat.;
- 4 — (S.O.O.F) Med.;
- 5 — deep medial cheek fat compartment;
- 6 — vascularized septa (из диссекционного курса в Зальцбурге под рук. Ifgang Redko-Svoboda, Sebastian Cotojana).

При ее перпендикулярном по отношению к надкостнице положении гель распределяется только в пределах одного компартмента, поэтому продольное введение через канюлю является более предпочтительным.

Зона лба отличается значительной болезненностью при введении, поэтому необходимо использовать в работе лидокаин-содержащие препараты.


Для получения необходимых параметров коррекции, как правило, достаточно гелей средней и

низкой степени вязкости и эластичности.

Итак, мы рассмотрели приемы введения препаратов стабилизированной гиалуроновой кислоты для эстетической коррекции верхней и средней трети лица. В заключение еще раз подчеркнем самые важные положения.

Лицо следует оценивать как единое целое, как совокупность структурных единиц — зон. Корректировать их изолированно нецелесообразно и неправиль-

но, так как достигнутые улучшения в одной зоне могут вызвать визуальные ухудшения в других, прилежащих к ней. Для успешной эстетической коррекции необходимо еще на этапе диагностики определить зоны-доминанты и их соподчиненность, все косметологические вмешательства базировать на эстетическом и морфометрическом анализе.

И помним о главном в создаваемом новом образе — о плавности линий и переходов. 



Контурная коррекция верхней и средней трети лица: КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ

- 1) Омоложение и гармонизация лица требуют его коррекции как единого, целостного объекта с точным определением зон-доминант и их соподчиненности, — такова современная концепция.
- 2) Все вмешательства в области лица должны базироваться на эстетическом и морфометрическом анализе.
- 3) Глаза как центральный фокус лица требуют от окружающих зон — нижнеорбитальной, скуловой, височной, лобной — эстетического совершенства, поскольку именно они доминируют в его восприятии.
- 4) Подглазничные борозды и переднескуловая зона — приоритетные объекты коррекции. Задачи: устранение носослезной и пальпебротемпоральной борозд, маскировка минимальных пальпебральных и темпоральных грыжевых мешков, восстановление передней выпуклости скулы, создание плавного перехода от зоны века к скуле.
- 5) Задачи коррекции в височной области: устранение углублений, маскировка признаков скелетизации и обеспечение визуального расширения границ лба и плавного перехода от лобной зоны к виску.
- 6) Устранение углубления в височной области может визуально увеличить углубления в лобной зоне, поэтому при необходимости в нее тоже вводят препарат. Задача коррекции считается выполненной, если все признаки скелетизации удается замаскировать.