

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛОТОКСИНА И ФИЛЛЕРОВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ

**Щелокова
Елена
Борисовна**

врач-косметолог,
СПИК,
Москва



**Карпова
Елена
Ивановна**

д.м.н.,
пластический
хирург,
«Клиника
Данищука»,
Москва



Лечение рубцов кожи лица все еще остается сложной проблемой. Зачастую эти рубцы не только несут в себе эстетический недостаток, но и нарушают функцию той области, где они находятся. Поэтому наличие рубцов на лице часто приводит к значительному психоэмоциональному стрессу, низкой самооценке и как следствие социальной дезадаптации.

Несмотря на большой арсенал средств, имеющихся у врача (иссечение, дермабразия, криотерапия, введение лонгидазы, кортикостероидов, фраксель, аппликации силиконовым гелем и т. д.), результат многих процедур является неудовлетворительным, что приводит к разочарованию пациентов.

Пациенту важно привести к минимуму видимость рубца, что заключается:

- в значительном уменьшении размеров рубца;
- в выравнивании рубца по высоте между здоровыми и поврежденными тканями;
- в восстановлении цвета рубца;
- в восстановлении функции данной области лица.

В данной статье мы приводим собственный опыт лечения пациентов после хирургического вмешательства по поводу одно- и двусторонней расщелины верхней губы. Сложность коррекции данной деформации обусловлена наличием ряда неблагоприятных факторов: рубцы находятся в функционально активной зоне, что вызывает дезорганизацию нормального функционирования круговой мышцы губы; дефицит тканей верхней губы, вызывающий ее уплощение; многократные хирургические вмешательства, способствующие развитию рубцовой ригидности тканей верхней губы и др. Эти факторы переплетаются друг с другом, ухудшая прогноз рубцевания.

Одной из причин развития расщелины верхней губы является дисплазия соединительной ткани. Клинически она проявляется нарушением синтеза и функционирования производных коллагеновых и эластических белков. Число признаков дисплазии соединительной ткани увеличивается пропорционально объему анатомических нарушений челюстно-лицевой области. Тем самым дисплазия больше будет выражена у пациентов с двусторонней расщелиной верхней губы, особенно в сочетании с незаращением неба.

Морфологическое нарушение архитектоники соединительной ткани заключается в образовании очагов массивного фиброза и разрастании коллагеновых волокон. В структуре тканей верхней губы на стороне расщелины имеются признаки реорганизации соединительной ткани. Они проявляются в дистрофических изменениях мышечных волокон и частичном замещении их соединительнотканями структурами, а также неравномерным утолщением многослойного плоского эпителия верхней губы с очагами гиперкератоза и акантоза. Развитие очагового склероза сопровождается уменьшением количества волосяных фолликулов, потовых и сальных желез.

Вплетение мышечных волокон в кожу лица приводит к активной мимической подвижности кожи, особенно в околоротовой области. Даже если рубец в покое малозаметен, то при движении отмечается асимметричность мышечных сокращений верхней губы.

Все вышеперечисленные причины в совокупности с многократностью поэтапных операций приводят к формированию патологических и деформирующих рубцов. Поэтому при лечении рубцов данной патологии необходимо учитывать все слои этой области, вовлеченные в рубец.

Нами представлен клинический случай коррекции остаточной

послеоперационной деформации у пациентки с двусторонней расщелиной верхней губы.

Клинический пример

Пациентка Э., 20 лет, с диагнозом остаточная деформация верхней губы после реконструктивной ринохейлопластики по поводу двусторонней врожденной расщелины верхней губы. Для этой остаточной деформации характерно наличие неровностей поверхности кожи в области верхней губы за счет послеоперационных атрофических рубцов, втяжение красной каймы по рубцам, деление на 3 фрагмента, неровность со стороны слизистой, при движении губы наблюдается разнонаправленность сокращения мышц (рис. 1).

На первом этапе с целью уменьшения напряжения в области стягивания рубцов был введен препарат ботулинического токсина типа А (БТА) в объеме 10 Ед в участки наибольшего втяжения рубца, в несколько точек, включая кожный рубец и рубец в области слизистой, на глубину толщины всего рубца по 1 Ед. Одновременно в атрофические участки рубца и отдельные участки губы для уменьшения ее асимметрии была инъецирована гиалуроновая кислота (двухфазная, концентрация ГК – 20 мг/мл) (рис. 2).

Эта процедура привела к расслаблению стягивающего рубца, выравниванию контуров (уменьшению глубины атрофической составляющей рубца), а также уменьшению асимметрии формы и размера верхней губы, уменьшению разнонаправленности мимической активности (рис. 3).

Через три недели был проведен второй этап, который включал вновь введение филлера на основе гиалуроновой кислоты для окончательного выравнивания контуров, размера и симметрии верхней губы (рис. 4).

В результате проведенной коррекции с применением комбинированного использования БТА и филлеров нам удалось получить оптимальный эстетический результат с нормализацией в том числе функции круговой мышцы рта. С целью создания цветовой целостности красной каймы пациентке была предложена дополнительная коррекция татуажом этой зоны.



Рис. 1. Пациентка Э., 20 лет, до процедуры коррекции рубцов, образовавшихся после хирургического вмешательства по поводу двусторонней врожденной расщелины верхней губы: А – вид с внешней стороны; Б – вид с внутренней стороны



Рис. 2. Сразу после процедуры

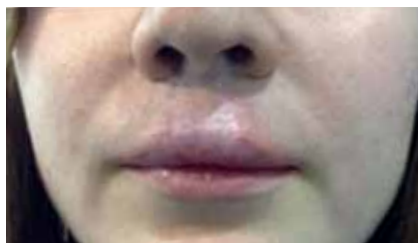


Рис. 3. После первого этапа лечения



Рис. 4. После окончательной коррекции верхней губы

И в заключение

Считаем, что данный метод коррекции остаточных деформаций после хирургического лечения одно- или

двусторонней расщелины верхней губы может быть рекомендован для широкого применения в косметологии. Учитывая, что данная патология не является редкостью в популяции и к моменту окончания поэтапного хирургического лечения пациенты достигают совершеннолетия и происходит их социальное встраивание в общество, устранение даже небольших рубцовых дефектов лица и нарушений мимики является очень важной задачей и играет большую роль в адаптации подростков.

Данный способ коррекции остаточной рубцовой деформации является несложным, доступным, относительно недорогим, малоблезненным, не требующим длительной реабилитации, позволяющим получить быстрый и хороший результат и может быть рекомендован для всех врачей-косметологов, владеющих инъекционными методиками. Он применим в небольших и отдаленных от крупных центров клиниках, не имеющих дорогостоящего оборудования. ■

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Виссарионов В.А. Комплексная коррекция рубцовых деформаций лица // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. – 2010. - № 1. – С. 46–50.
- [2] Стенько А.Г., Шматова А.А., Круглова Л.С., Жукова О.В., Шустов С.А. Стратегия комплексного подхода к лечению рубцовых поражений кожи лица и шеи // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2013. - № 2. – С. 49–55.
- [3] Баландина А.В. Клиническая характеристика проявлений дисплазии соединительной ткани у больных с врожденной расщелиной верхней губы и неба: дис... канд. мед. наук. – ЦНМБ, 2011.
- [4] Карякина И.А. Функционально-эстетическая реабилитация больных с односторонней расщелиной верхней губы и неба: автореф. дис... канд. мед. наук. – ЦНМБ, 2003.
- [5] Стенько А.Г. Организационно методические принципы лечения пациента с рубцовым поражением кожи в области лица и шеи: дис... д-р мед. наук. – ЦНМБ, 2009.
- [6] Gauglitz GG, Kunte C. Recommendations for the prevention and therapy of hypertrophic scars and keloids. *Hautarzt*. 2011 May.
- [7] Maio M, Bento RF. Botulinum toxin in facial palsy: an effective treatment for contralateral hyperkinesis. *Plast Reconstr Surg*. 2007 Sep.
- [8] Wilson AM. Use of botulinum toxin type A to prevent widening of facial scars. *Plast Reconstr Surg*. 2006 May.
- [9] Liu A, Moy RL, Ozog DM. Current methods employed in the prevention and minimization of surgical scars. *Dermatol Surg*. 2011 Dec.