

## Сложный случай объемного моделирования средней трети лица

**ОЛЬГА ЦЫГАНОВА**, дерматолог-косметолог, зав. отделением косметологии и реабилитации клиники DoctorPlastic Москва

Объемное моделирование лица с применением волюмизирующих филлеров воспринимается сегодня уже не как модный тренд в косметологии, а скорее как классика, научный и практический багаж которой становится все весомее. Но и классика не застрахована от осложнений, тем более что их случаи далеко не всегда ординарны. Поэтому врачу интересен опыт коллег по их преодолению: это позволяет быть начеку и вовремя принять правильные меры.



**В** последние несколько лет общая картина инъекционной контурной коррекции меняется просто на глазах: к «двухмерным» методиками до-

бавляются 3D-технологии объемного моделирования, которые позволяют устранять дефицит объема мягких тканей, возникающий по мере усиления их

возрастных изменений, в таких зонах, как скуловая, височная, подглазничная, щечная, овал лица (край нижней челюсти). Эффект коррекции, в том числе его

длительность, прогнозируем, хорошо выражен и очевиден сразу после проведения процедуры. Сегодняшняя популярность этого направления эстетической коррекции обусловлена не только убедительными результатами, но и постоянным ростом безопасности процедур, благодаря совершенствованию в этом плане как самих филлеров, так и техник, и инструментария. Как пример приведем внедрение в практику инъекционной контурной коррекции атравматичных канюль, позволяющих, не травмируя ткани, глубоко (супрапериостально, в мягкие ткани, жировую клетчатку) вводить препараты стабилизированной гиалуроновой кислоты (ГК). И все-таки осложнения возможны. И хотя они специально оговариваются в медицинских технологиях, не всегда и не все можно предусмотреть: каждый случай требует не только следования протоколу, но и эксклюзивного к себе отношения.

справа и выраженность носогубных складок, усилившуюся после проведения инъекционной контурной коррекции.

**Со слов пациентки**, в начале января 2014 года с целью коррекции носослезных и носогубных борозд ей был введен препарат, представляющий собой бифазный гель ГК. По окончании процедуры начал развиваться отек в области нижних век и щек, сохранявшийся в течение 10 дней. С целью разрушения ГК косметолог, выполнявший коррекцию, провел курс элос-терапии и еще один курс процедур радиочастотного воздействия. По словам пациентки, отечность в области нижних век продолжала появляться по утрам и исчезала к середине дня, носогубные складки стали более выраженными.

**Осмотр 31.05.2014** выявил незначительную пастозность кожи нижних век. При боковом освещении в проекции носослезной борозды справа визуализи-

вых пакетов и, возможно, геля с формированием нососкуловых и носогубных борозд. Зубной ряд сохранен.

**По данным УЗИ** от 02.06.2014: с обеих сторон лица в проекции носослезных борозд и носогубных складок значимых гелевых включений не выявлено. Фиброзные изменения мягких тканей в этих зонах выражены умеренно.

**Диагноз:** деформационный тип старения кожи лица; гиперкоррекция препаратом стабилизированной ГК в области носослезной борозды справа; формирование фиброза в мягких тканях. Смещение геля в скуловых областях.

**Лечение.** С целью размягчения участка фиброза и разрушения остатков геля ГК было проведено следующее курсовое лечение в течение 20 дней:

- выполнили 4 процедуры фонофореза с гидрокортизоном и «Лонгидазой»,
- наружно 2 раза в день применяли гель «Ферменкол»,
- ежедневно пациентка выполняла самостоятельно массаж зоны коррекции.

**Результат.** После проведенного курса терапии сохранялась незначительная пастозность кожи в области нижних век. Тяж в зоне правой носослезной борозды не визуализировался. При пальпации мягкие ткани в области скул ближе к крыльям носа и в области проекции носогубных борозд стали более однородными. Отмечены выраженные нососщечные и носогубные борозды. Эстетический результат пациентка оценила как неудовлетворительный.

**Обсуждение.** Несмотря на многообразие существующих методик, коррекция носослезной области трудна и не всегда приводит к желаемому результату.

« Для предупреждения осложнений требуется тщательно отбирать пациентов, учитывать причины формирования инволюционных изменений и анатомические особенности. Если при первичном осмотре отмечается отечность нижних век или пациент жалуется на частые отеки в периорбитальной области, то от коррекции, предполагающей введение филлеров ГК, следует отказаться.

Далее представлю разбор клинического примера из своей практики — двух случаев с участием одной и той же пациентки.

### Клинический случай 1

**Пациентка Е.**, 41 год, обратилась в нашу клинику 31.05.2014 с жалобами на визуализацию геля в области носослезной борозды

ровался тяж размером 0,3 на 1,5 см. При пальпации отмечали его плотно-эластичную консистенцию, безболезненность, в носогубной области в глубоких слоях мягких тканей ближе к крыльям носа определяли плотно-эластичные тяжки с двух сторон. В скуловой области наблюдался дефицит объема мягких тканей, а также смещение жиро-



*Фото 1. Пациентка Е. обратилась в клинику по поводу инволюционных изменений средней трети лица. Отмечен дефицит объема мягких тканей и выраженность носогубных складок.*



*Фото 2. Пациентка Е. на следующий день после процедуры объемного моделирования монофазным гелем ГК. Наблюдается умеренный отек в области правой щеки и правого нижнего века.*



*Фото 3. Пациентка Е. на 3-й день после начала терапии побочных явлений после объемного моделирования лица. Отек мягких тканей значительно уменьшился.*

Контуринг геля возможно в результате поверхностного или избыточного его введения. При введении любого филлера в носослезные борозды может развиться длительно сохраняющийся отек (до 6 мес.). Причина его появления — нарушение лимфодренажа из-за сдавливания гелем лимфатических сосудов. Чем больше объем вводимого препарата или плотность геля, тем сильнее сдавливаются лимфатические сосуды и тем сильнее вы-

ной области, то от коррекции, предполагающей ведение филлеров ГК, следует отказаться.

При возникновении осложнения необходимо разрушить введенный гель ГК. Для этого используются препараты гиалуронидазы, лонгидаза. Однако их действие может усилить выраженность отека. Поэтому нужно вводить не более 50–100 ЕД ферментного препарата и параллельно ежедневно выполнять процедуры, улучшающие лим-

ствием IPL- и RF-энергии различные слои кожи прогреваются как минимум до 42–49°C. При этой температуре начинается обратимая денатурация белка и синтез нового коллагена и эластина. С другой стороны, асептическое воспаление на уровне дермы, которое развивается при введении любого филлера, также активизирует выработку фибробластами коллагена и эластина. Преобладание синтеза коллагена над его распадом приводит к фиброзу. Видимо, обе аппаратные технологии, примененные вкуче с контурной коррекцией, усилили формирование фиброзно измененной ткани в месте введения филлера.



**Чем дольше сохраняется нарушение кровообращения, чем дольше ткани испытывают ишемию, тем больше вероятность формирования некроза поврежденных тканей и образования в дальнейшем грубого рубцового дефекта.**

ражен отек. Поэтому для коррекции периорбитальной области лучше использовать монофазные гели ГК низкой плотности. Для предупреждения подобных осложнений требуется тщательно отбирать пациентов, учитывать причины формирования инволюционных изменений в этой области и анатомические особенности. Если при первичном осмотре отмечается отечность нижних век или пациент жалуется на частые отеки в периорбиталь-

ной области. Например, применять микрофоковую терапию.

Почему в описываемом случае не стоило применять элос-терапию (IPL+RF), и тем более в сочетании с другой RF-технологией, несмотря на то, что эти аппаратные методы усиливают обменные процессы, способствуя тем самым более быстрому разрушению ГК, и улучшают микроциркуляцию? Для ответа на этот вопрос вспомним, что под воздей-

### Клинический случай 2

**Пациентка Е.** вновь обратилась в нашу клинику 22.06.2014 по поводу омолаживающей коррекции лица. Исходя из диагноза, включающего дефицит объема мягких тканей средней трети лица и выраженность носогубных складок (фото 1), было назначено волномигрирующее моделирование скуловой области.

#### Процедура эстетической anti-age коррекции.

Процедуру проводили 23.06.2014. С учетом негативных результа-

тов предыдущей коррекции, применили:

- монофазный гель ГК, менее плотный, но с высокой вязкостью, в общем объеме 1 мл;
- минимально травмирующую технику — введение геля ГК пиксельной иглой (канюлей);
- накостное (супрапериостальное) введение препарата, малыми порциями, в линейно-ретроградной технике, по 0,5 мл на каждую сторону лица.

**Результат.** Устранены носослезные борозды, выровнен рельеф носогубной области, зрительно носослезные борозды стали менее выражены. Пациентка осталась довольна достигнутым результатом.

### Течение реабилитационного периода

**Нежелательные побочные явления.** На следующий день после проведенной коррекции, 24.06.2014 г., пациентка пришла на осмотр к косметологу, как и было ей рекомендовано. При осмотре были отмечены следующие явления:

- болезненность правой щечной области;
- при пальпации болезненность усиливается в центральной скуловой области справа;
- в зоне коррекции (скуловой области) справа кожа бурого цвета с синюшным оттенком и четкими фестончатыми границами, по периферии правой щечной области выраженная «раморность» кожи;
- умеренный отек в области правой щеки и правого нижнего века (фото 2);
- слева щечная область спокойна, никаких осложнений, в том числе изменения цвета кожи, отека, боли нет;
- левая щека и левое нижнее веко не изменены;
- кожная чувствительность сохранена;



*Для лимфодренажа отечных тканей показано проведение микротоковой терапии.*

- мимическая активность симметрична с двух сторон;
- местная температура нормальная;
- регионарные лимфатические узлы не увеличены.

**Диагноз:** нарушение кровообращения в правой скуловой и щечной областях, вызванное механическим сдавлением сосудов этой области гелем.

От применения гиалуронидазы пациентка категорически отказалась, так как опасалась снижения выраженности эффекта коррекции.

**Лечение.** Начиная с 24.06.2014 г., второго дня после введения филлера, было проведено следующее лечение:

- Физиотерапия:
  - магнитотерапия ежедневно, курсом из 6 процедур — с целью восстановления микроциркуляции;
  - микротоковая терапия ежедневно, курсом из 6 процедур — для лимфодренажа отечных тканей;
  - ионофорез с преднизолоном ежедневно, курсом из 6 проце-

дур — как противовоспалительная, противоаллергическая и антиэкссудативная терапия;

■ Фармакотерапия:

- «Вессел Дуэ Ф 600» — по 2 мл в/м, ежедневно, курсом из 4 процедур — как профибринолитическое, антитромботическое, антикоагулянтное, ангиопротекторное средство, улучшающее реологические свойства крови;
- «Актовегин» — по 1 таблетке 3 раза в день в течение 1 месяца — с целью профилактики сосудистых нарушений и восстановления трофики тканей;
- «Амоксиклав 600» — по 1 таблетке 2 раза в день в течение 5 дней — как антибактериальное средство;
- «Бифиформ» — по 1 таблетке в день в течение 2 недель — для профилактики нарушения баланса кишечной микрофлоры вследствие приема антибиотика;
- «Траумель С» — по 20 капель 3 раза в день в течение 2 недель — для профилактики развития отека, улучшения регенерации тканей, уменьшения проницаемости сосудистой стенки;

• «Эриус» — по 1 таблетке 1 раз в день в течение 7 дней — как антигистаминное средство.

**Результат.** На третий день после начала терапии (фото 3) исчезли болевые ощущения. Сразу же после первых двух физиотерапевтических процедур (микротоковой и магнитотерапии) уменьшился отек мягких тканей. Отек, бурый цвет кожи правой щечной области исчезли через 6 дней после начала лечения, незначительная «мраморность» кожи правой щечной области сохранялась дольше, обычная окраска кожи вернулась через месяц.

**Обсуждение.** Развитие нежелательных побочных явлений в данном случае было обусловлено локальным нарушением кровоснабжения за счет сдавления сосудов гелем и отеком мягких тканей. Локализация нарушений справа, вероятно, объясняется несколько атипичным расположением сосудов в этой области. Возможно также, что фиброзно измененные ткани смес-

тили гель или направление канюли в момент введения геля. Благодаря немедленно начатым терапевтическим мероприятиям, направленным на быстрое восстановление кровообраще-

тельных побочных явлений, прежде всего отеком мягких тканей, сдавлением сосудов и нервов гелем в области коррекции. В этих случаях необходимо применение мер, восстанавливающих



**Проведение инъекционной контурной коррекции может сопровождаться развитием нежелательных побочных явлений, прежде всего отеком тканей, сдавлением сосудов и нервов гелем в области коррекции. В этих случаях мероприятия, восстанавливающие кровообращение и уменьшающие компрессию, должны проводиться незамедлительно: тактика выжидания в подобной ситуации является абсолютно неприемлемой.**

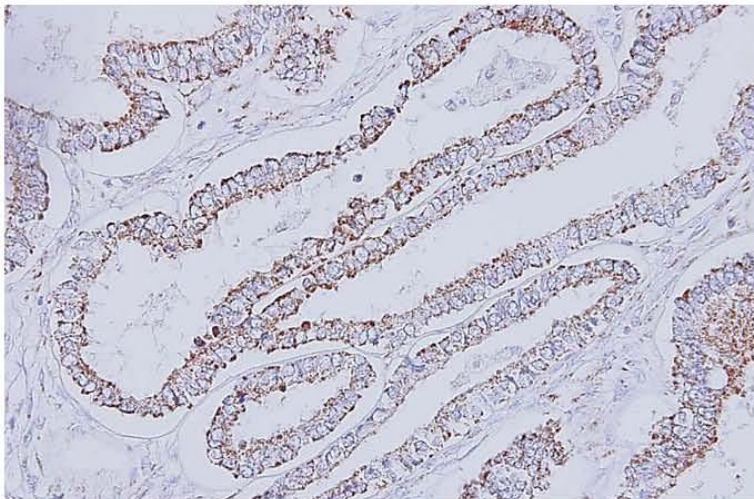
нения, трофики мягких тканей и профилактику воспалительных процессов, был достигнут благоприятный исход лечения.

#### Выводы

Проведение инъекционной контурной коррекции может сопровождаться развитием нежела-

тельного кровообращения и уменьшающих компрессию. Все процедуры должны быть максимально щадящими. Не следует допускать дополнительной травматизации поврежденной области.

Необходимо подчеркнуть, что все мероприятия должны проводиться незамедлительно, тактика выжидания в подобной ситуации является абсолютно неприемлемой. Так, если бы во втором представленном клиническом случае предпринятое лечение осложнений не дало положительной динамики на третьи сутки после его начала, я в обязательном порядке начала бы введение ферментного препарата, разрушающего ГК, убедив пациентку в крайней необходимости такой меры. Слишком велик риск осложнений и слишком серьезными они могут быть. Чем дольше сохраняется нарушение кровообращения, чем дольше ткани испытывают ишемию, тем больше вероятность формирования некроза поврежденных тканей и образования в дальнейшем грубого рубцового дефекта. R



*При нарушении кровообращения в тканях вследствие сдавления сосудов гелем ГК необходимо своевременное введение гиалуронидазы, чтобы избежать развития серьезных осложнений.*