



СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ОБЛАСТИ НОСА ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ФИЛЛЕРА В НОСОГУБНЫЕ СКЛАДКИ: *случай из практики*

Окклюзия кровеносных сосудов и некроз тканей после введения филлера с гиалуроновой кислотой — осложнение серьезное. Разбор каждого случая ценен, так как вносит свою лепту в копилку клинического опыта. Как избежать повреждения сосуда, как понять, что произошло именно это, как добиться благоприятного исхода?



ЕЛЕНА БЕЛЯНИНА, к.м.н.,

врач-хирург, зав. отделением лазерной хирургии

АЛЛА КРИВОНОСОВА, к.м.н.,

врач-дерматолог, косметолог отделения лазерной хирургии
ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр»
(Клиника «Диамант»)
Москва

Филлеры на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты (ГК) используются в косметологии с начала 2000-х годов. Их инъекции с целью омоложения лица являются одной из самых востребованных процедур в клиниках эстетической медицины. И к настоящему времени накопился довольно большой опыт применения таких препаратов, известны их эффективность и возможные риски.

Окклюзия кровеносных сосудов и некроз тканей считаются редкими осложнениями. По данным большого ретроспективного исследования, их количество не превышает 0,05% от общего числа нежелательных явлений (Г. Эблон, 2016).

Причинами артериальной или венозной окклюзии могут стать введение филлера непосредственно в вену/артерию, травмирование кровеносного сосуда или внешнее давление на него, оказываемое введенным филлером или сформировавшимся отеком.

К зонам лица с повышенной опасностью для введения филлеров, обусловленной риском повреждения сосудов, относятся:

- 1) межбровная область: лобная артерия, надглазничная артерия;
- 2) область носа: наружная носовая артерия, угловая артерия;
- 3) периоральная зона: верхняя губная артерия, нижняя губная артерия;

например, работаем с филлерами уже более 10 лет) хорошо осведомлены о сосудистых осложнениях. И тем не менее от риска их возникновения никто не застрахован. Сосудистые нарушения после введения филлеров вероятны при использовании



Многие авторы рекомендуют проводить аспирационную пробу при введении иглы, чтобы убедиться, что она не попала в сосуд: если при потягивании на себя поршня шприца признаков крови нет, медленно вводят наполнитель и наблюдают окружающую кожу на предмет побледнения, сосудистой гиперемии, ретикулярной эритемы или появления фиолетового/темноватого/серо-голубого оттенка. По мнению других авторов, при наличии филлера в игле (особенно плотного) эта проба не работает.

- 4) область висков: поверхностная височная артерия, ее задняя теменная и передняя лобная ветви.

Врачи с большим опытом проведения контурной пластики (мы,

иглы в опасных зонах лица, при введении избыточного количества препарата. Но, кроме того, нельзя забывать об индивидуальных особенностях топографической анатомии у разных людей.

Клинический случай

Пациентка С., 27 лет, обратилась в клинику по поводу коррекции носогубных складок.

Из анамнеза (общего и косметологического): соматически здорова. Аллергоанамнез: крапивница на прием аспирина.

Пациентке регулярно проводили процедуры косметического ухода за кожей (пилинги, маски).

По данным косметологического осмотра: комбинированный тип кожи, II фототип по Фицпатрику.

Диагноз: незначительно выраженные носогубные складки.

Коррекция: с профилактической целью в носогубные складки был введен филлер на основе стабилизированной ГК Teosyal Global Action в объеме 1 мл с предварительным обезболиванием зоны обработки (нанесением крема «Эмла» под пленку на 40 мин.). Инъекция была выполнена веерной техникой с помощью иглы 27G, в соответствии со стандартными методическими рекомендациями.

Процедура, которую проводил врач-косметолог с большим опытом в области инъекционной контурной пластики, прошла спокойно, никаких жалоб во время ее выполнения и сразу после окончания пациентка не предъявляла.

Развитие осложнения

Через 5 часов после введения филлера пациентка заметила синюшные пятна на носу, сфотографировала их и прислала снимки врачу (фото 1, 2). Мы срочно вызвали пациентку в клинику. При осмотре отметили, что в области спинки и крыльев носа наблюдается изменение цвета кожи в виде



Фото 1. Через 5 часов после введения филлера.



Фото 2. Через 5 часов после введения филлера.



Фото 3. Сразу после первого введения гиалуронидазы.



Фото 4. Сразу после первого введения гиалуронидазы.



Причинами артериальной или венозной окклюзии могут стать введение филлера непосредственно в вену/артерию, травмирование кровеносного сосуда или внешнее давление на него, оказываемое введенным филлером или сформировавшимся отеком.

сливающихся бледно-пурпурных пятен с отчетливой границей и выраженным сосудистым рисунком.

Была проведена консультация с врачом-дерматокосметологом, сертифицированным тренером по инъекционной контурной пластике К.А. Филипповой. Она подтвердила наше подозрение в

отношении окклюзии сосуда при введении филлера.

Диагноз: ишемия мягких тканей области носа.

Лечение. Сразу же был введен ферментный препарат, обладающий протеолитическим действием, — «Лонгидаз» (разведение флакона 3000 ЕД на 2,5 мл физиологического раствора): в область носогубных складок — подкожно и внутрикожно, в область носа — внутрикожно, всего около 1 мл раствора. Был также проведен массаж зоны ишемии.

Результат: клинически выраженное улучшение с практически полным восстановлением нормального цвета кожи (фото 3, 4).

Дальнейшие назначения:

1. Прием препарата с антикоагулянтным, антитромботическим, ангиопротекторным и профибринолитическим действием.

В связи с аллергией на аспирин назначен «Вессел ДУЭ Ф 250ЛЕ» по 1 капсуле в сутки.

2. Для профилактики:

- а) герпетической инфекции — «Валтрекс», 500 мг 1 раз в сутки;
- б) присоединения инфекции на фоне ишемии — антибиотик широкого спектра действия «Амоксилав», по 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней;
- в) дисбактериоза — «Линекс», по 1 капсуле 3 раза в сутки в течение 7 дней.

Через один день после введения филлера пациентка пришла на контрольный осмотр. Клинически никакого ухудшения состояния тканей зоны обработки отмечено не было (фото 5, 6).

Пациентка сказала, что она не принимала антибиотики и против их приема в дальнейшем. Так как отрицательная динамика отсутствовала, было решено отказаться от применения антибиотиков, а также от повторной инъекции «Лонгидазы».

Через три дня после введения филлера пациентка обратилась в клинику по поводу ухудшения состояния. При осмотре мы диагностировали поверх-

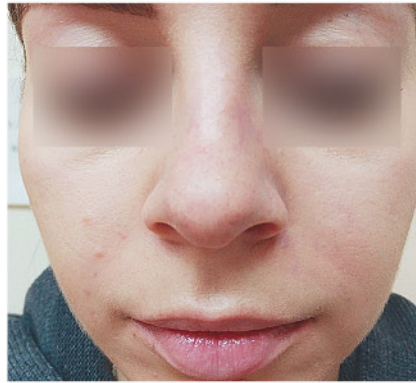


Фото 5. Через 1 день после введения филлера и первой инъекции «Лонгидазы».

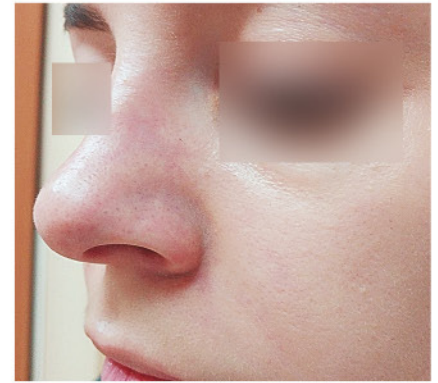


Фото 6. Через 1 день после введения филлера и первой инъекции «Лонгидазы».



Фото 7. Через 3 дня после введения филлера.



Фото 8. Через 7 дней после повторного введения «Лонгидазы».

ностный некроз тканей крыла носа слева (фото 7).

Лечение: была немедленно проведена повторная инъекция «Лонгидазы».

Далее назначена антибиотикотерапия и местно — нанесение мази «Тридерм» 2 раза в сутки до разрешения осложнения.

Результат: на фоне назначенной терапии заживление в области крыла носа прошло благополучно в течение 7 дней, без формирования рубца (фото 8).

Обсуждение клинического случая и выводы

Анализируя полученное осложнение, в первую очередь необходимо обратить

внимание на кровоснабжение наружного носа и носогубной области (фото 9) (Р. Раглански, К. Вескер, 2014). С точки зрения хирургической анатомии наибольшее значение имеют два обстоятельства.

Во-первых, ветви соответствующих парных артерий анастомозируют друг с другом на уровне спинки носа, образуя широкую анастомотическую сеть. Поэтому небольшая компрессия или окклюзия веток *a. lateralis nasi* (ветки *a. angularis* в области крыла носа) не приводит к нарушению кровоснабжения кожи (если сохранены другие источники кровоснабжения). В нашем случае отмечается небольшое нарушение кровоснабжения в области носа, больше выраженное слева, и благополучный исход осложнения (что

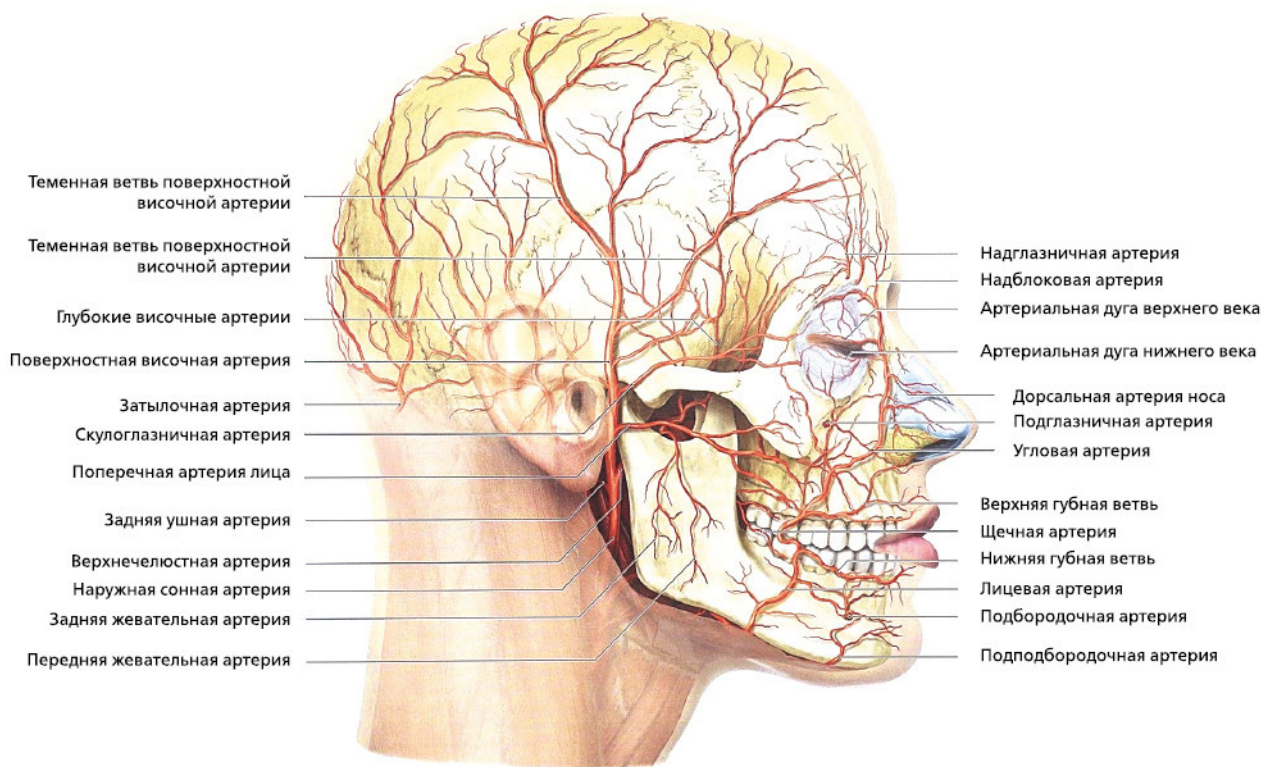


Фото 9. Артерии лица. Вид сбоку.

определяется анатомическими особенностями кровоснабжения данной зоны).

Во-вторых, верхняя губная артерия (а. labialis superior) отходит от ангулярной артерии в области носогубной складки, что также обуславливает риск развития сосудистых осложнений (вероятность некроза мягких тканей верхней губы при сдавлении артерии филлером или при окклюзии артерии филлером).

Необходимо помнить, что встречается атипичное строение сосудов (низкое/высокое отхождение ветвей от ангулярной артерии, дубликатуры артерий).

В нашем случае, скорее всего, было слишком поверхностное расположение и низкое отхождение ветвей от ангулярной артерии к мягким тканям крыла носа. Вероятно, справа произошло сдавление сосудов филлером, а слева — эмболия мелких сосудов. Поэтому справа наблюдалось только изменение цвета, в то время как слева начался некроз. Однако мы вво-

дили неплотный филлер Teosyal Global Action, неглубоко, небольшими порциями. Поэтому здесь можно говорить об особенностях строения сосудов у данной пациентки.

На наш взгляд, случай, о котором шла речь, довольно поучительный. К каким выводам мы пришли, что сделали правильно, где ошиблись?

1. Не нужно было использовать иглу: чтобы инъекции филлера в носогубную складку были максимально безопасны и малотравматичны, следует выполнять их только канюлей!
2. Знание врачом расположения нервов, артерий и вен поможет избежать введения препарата в сосуды лица, но не гарантирует этого во всех случаях.
3. Нужно всегда прислушиваться к жалобам своих пациентов во время процедуры и после нее. Изменение цвета кожи сразу после введения филлера указывает на сосудистую ишемию. Симптомами артериальной или венозной окклюзии, которая может вести к некрозу кожи, являются обесцвечивание кожи или

ее потемнение (до серо-голубых оттенков), экхимоз, сетчатая эритема и сильная боль в месте инъекции. У нашей пациентки изменения цвета кожи в области носа появились не сразу, острой боли во время процедуры не было, процедура прошла стандартно! Благополучный исход осложнения был достигнут благодаря своевременному началу лечения.

4. Если в вашей практике такой случай первый и вы в растерянности или не знаете, что делать, необходимо проконсультироваться с коллегами (если есть возможность).
5. В кабинете косметолога, который проводит инъекции филлеров, обязательно должен быть препарат гиалуронидазы и, по возможности, нитроглицериновая паста для стимуляции кровотока (к сожалению, у нас ее не было).
6. Необходимо периодически посещать обучающие мероприятия, чтобы лишний раз повторять анатомию лица, узнавать как можно больше об осложнениях и возможных путях их устранения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хотелось бы еще раз напомнить, что при сосудистой окклюзии или наступающем некрозе основным направлением лечения является стимуляция кровотока в пораженном участке, а также снятие воспаления. Для этого могут быть использованы следующие способы:

- немедленное наложение теплого компресса;
- массаж пораженного участка для расширения кровеносных сосудов и рассеивания введенного препарата;
- **в случае введения филлеров гиалуроновой кислоты – обязательная инъекция гиалуронидазы.** Лучше использовать большие дозы этого фермента, чем ввести недостаточное его количество (D. Jones, 2011);
- прием аспирина или других антикоагулянтов;
- применение наружных препаратов, стимулирующих расширение сосудов (нитроглицериновой пасты);
- инъекция кортикостероидов (преднизолона в дозе от 20 до 60 мг в течение нескольких дней, чтобы уменьшить воспалительный компонент травмы);
- прием антибиотиков;
- прием противовирусных препаратов.

Главное — помнить, что если происходит изменение цвета кожи в зоне коррекции, если пациент чувствует боль и дискомфорт, нужно сразу же прекратить инъекцию.

Многие авторы рекомендуют проводить аспирационную пробу при введении иглы, чтобы убедиться, что она не попала в сосуд: если при потягивании на себя поршня шприца признаков крови нет, медленно вводят наполнитель и наблюдают окружающую кожу на предмет поблед-

нения, сосудистой гиперемии, ретикулярной эритемы или появления фиолетового/темноватого/серо-голубого оттенка. Од-

оставьте пациента в клинике под своим наблюдением не меньше чем на час: всегда лучше лишний раз осмотреть его и убедиться,



Если врач подозревает, что при введении филлера произошло сосудистое нарушение, он должен оставить пациента в клинике под своим наблюдением не меньше чем на час: всегда лучше лишний раз его осмотреть и убедиться, что после проведенной процедуры нет никаких негативных последствий.

нако этот совет малоприменим на практике. Во-первых, инъекций проводится много и каждый раз делать аспирационную пробу не удастся. Во-вторых, по мнению других авторов, при наличии филлера в игле (особенно плотного) эта проба не работает. Если вы подозреваете, что при введении филлера произошло сосудистое нарушение, то

что нет никаких негативных последствий ваших действий. **КД**

От авторов. Выражаем глубокую благодарность сертифицированному тренеру компании «Мезо-эксперт», врачу-дерматологу, косметологу Кире Александровне Филипповой за помощь в ведении этой пациентки.



К зонам лица с повышенной опасностью для введения филлеров, обусловленной риском повреждений сосудов, относят области межбровья, висков, носа и периоральную зону.