

# Ботулинотерапия и контурная пластика: алгоритм сочетания

**БУДУЩЕЕ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ — ЗА КОМПЛЕКСНЫМИ ПРОГРАММАМИ. ЧТО ДОЛЖНО ЛЕЖАТЬ В ИХ ОСНОВЕ? КАК ВЫСТРОИТЬ АЛГОРИТМ СОЧЕТАННЫХ ПРОЦЕДУР? И ЧЕМУ ОТДАТЬ ПРИОРИТЕТ: УСТРАНЕНИЮ ОТДЕЛЬНЫХ ЭСТЕТИЧЕСКИХ НЕДОСТАТКОВ ЛИЦА ИЛИ ОБЩЕЙ ЕГО ГАРМОНИЗАЦИИ?**

**СВЕТЛАНА ЖАБОВА, к.м.н.,**  
врач-дерматовенеролог, косметолог,  
сертифицированный тренер компаний  
«Ипсен», «Солинг», руководитель  
«Клиники молодости и красоты СЛ»,  
г. Казань

**С**тремительное развитие косметологии, популяризация малоинвазивных методов коррекции возрастных изменений обусловили прочное внедрение ботулинотерапии и контурной пластики в косметологию, причем в практику даже начинающих врачей. Привлекает прежде всего относительная безопасность и кажущаяся простота выполнения процедур, а также отсутствие необходимости в длительном реабилитационном периоде и в ограничениях привычного образа жизни в социуме для пациента. Растет выбор используемых продуктов, совершенствуются характеристики современных филлеров и препаратов ботулотоксина, появляются новые способы введения, в том числе с использованием канюли, — все это повышает безопасность и комфортность названных весьма серьезных процедур.

Однако не все здесь так просто, есть и обратная сторона медали: растущая популярность таит в се-

бе опасность нецелевого использования этих методов, то есть без учета особенностей старения кожи, назначения препаратов и характеристик инструментов для проведения процедур.

Сегодня для оптимальной работы недостаточно владеть навыками линейного заполнения морщин и складок, знать стандартные точки для инъектирования ботулотоксина. Врач должен разработать адекватную программу антивозрастных процедур, исходя из возраста, пола пациента, особенностей архитектоники его лица, точной оценкиптоза мягких тканей, функциональных особенностей лимфодренажной системы. Результаты грамотно проведенной консультации (с выяснением потребностей, ожиданий и возможностей пациента) определяют выбор тех или иных методов коррекции возрастных изменений, их сочетание. При этом правильная последовательность проведения процедур при комбинации контурной пластики и ботулинотерапии во многих случаях позволяет избежать негативных явлений и осложнений и добиться желаемых эстетических результатов.

Назначение процедуры, особенности ее проведения должны определяться степенью выраженно-

сти возрастных изменений и типа старения. Согласно классификации И. И. Кольгуненко (1974 г.) в зависимости от характера и выраженности внешних инволюционных изменений выделяют пять типов старения лица: «усталое лицо», мелкоморщинистое лицо, деформационный тип старения, комбинированный тип, мускулистый тип.

Для большинства россиянок более характерны деформационный либо комбинированный типы старения в сочетании с признаками усталого лица, сниженным тонусом мягких тканей лица и шеи, явлениями птоза. Степень тяжести птоза зависит от возраста и развития подкожно-жировой клетчатки, что выражается в изменении овала лица и формировании второго подбородка уже в довольно молодом возрасте, деформации щечно-скуловой и параорбитальной зон, на фоне нарушений лимфодренажа, проявляющихся пастозностью. Довольно рано деформируется область вокруг рта, усугубляя носогубные и губо-подбородочные складки.

Далее мы рассмотрим особенности применения контурной пластики в сочетании с ботулинотерапией в коррекции возрастных



Фото 1а, б, в, г. Для деформационного типа старения характерны так называемые «тяжелые лица».

изменений, характерных для наиболее распространенных типов старения женского лица: деформационного, комбинированного и усталого. Но приступая к коррекции нарушений, причем при любом типе старения, врач прежде всего должен помнить о главной ее задаче — общей гармонизации лица. Поэтому при осмотре (от центра к периферии и сверху вниз) важно изучить его как единое целое, проанализировать деформации мягких тканей, определить композиционные соотношения частей, чтобы коррекция отдельной зоны не внесла дисбаланс в его общую эстетику.

## Деформационный тип старения лица

Для пациентов этой группы характерны так называемые «тяжелые лица» — с выраженной мышечной массой, гипертрофией подкожно-жировой клетчатки, хорошо сформированными носогубными и губо-подбородочными складками и крупными морщинами, грыжами верхних и/или нижних век, птозом и атонией верхних век, склонностью к отекам. Превалируют изменения конфигурации овала лица и шеи в сочетании с «двойным» подбородком, отмечается смещение жировых пакетов (фото 1 а, б, в, г). При деформационном типе ста-

рения наиболее подвержена инволюционным изменениям нижняя треть лица, зачастую требующая первоочередной коррекции, важнейшая задача которой — достижение воллюметрии в зонах потери объема и лифтинга мягких тканей.

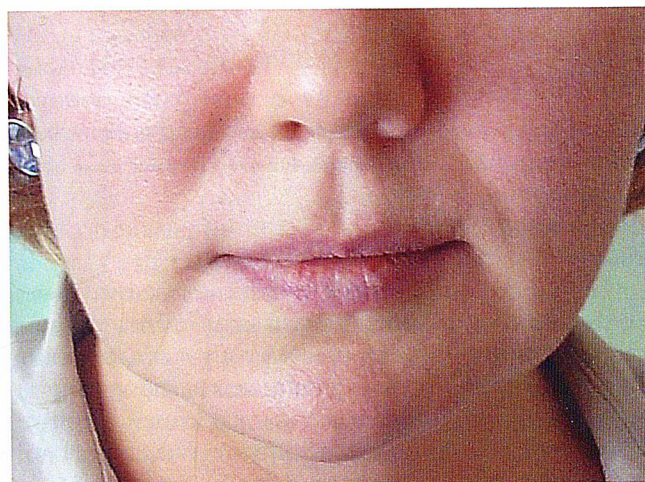
Для успешного выбора методов коррекции, решающих поставленные задачи, необходима грамотная оценка степени инволюционных изменений, а именно — выраженности подкожно-жировой клетчатки, амплитуды подвижности мягких тканей лица, степени гравитационного птоза мягких тканей лица и шеи (по классификации А. Е. Белоусова). Коррекция комбинированными терапевтическими методами наиболее благоприятна и прогностически эффективна при 1–2-й степени птоза; при 3-й и 4-й степени в ряде случаев оправдано лишь отдельное (моно) применение контурной пластики или объемного моделирования при помощи ка- нюль.

Деформационный тип характеризуется значительным перепадом высот области щек и области губ, в результате которого образуется выраженная глубокая градиентная складка (по классификации Е. Б. Лапутина) (фото 2а). В этом случае желаемое введение большого количества филлера является ошибочным. Проблему тем самым не решить, поскольку не удастся преодолеть имеющийся перепад уровней кожи соседних областей. К тому же большой объем препарата вызовет значительный отек и усугубление лимфостаза, характерного для деформационного типа лиц.

Наиболее предпочтительными при такой форме носогубной складки являются малоинвазивные технологии лифтинга мягких тканей щеечно-скуловой зоны запатентованными нитями из полипропилена или полимолочной кислоты, с последующим много-



**Фото 2а. Градиентная носогубная складка, характерная для деформационного типа старения лица, образуется при перепаде высот области щек и области губ.**



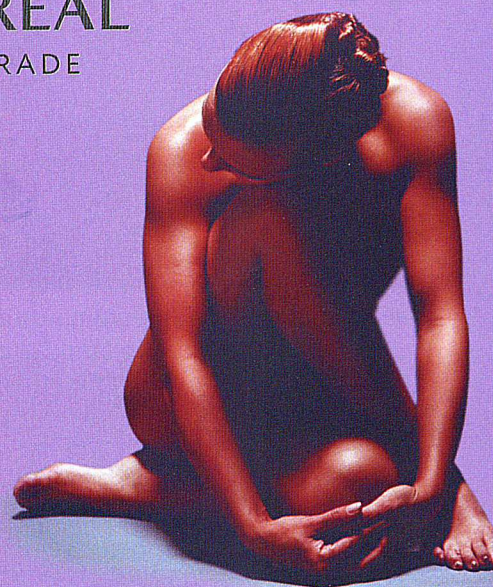
**Фото 2б. Градиентная носогубная складка: промежуточный вариант после первого этапа контурной пластики.**

этапным заполнением носогубной складки малыми дозами филлеров (фото 2б).  
Контурная пластика носогубных и губо-подбородочных складок результативна при условии средней выраженности подкожно-жировой клетчатки. Оптимально введение филлеров с высокой пластичностью и средней или высокой концентрацией ретикулярной гиалуроновой кислоты. Применимы техники линейно-ретроградного введения в сочетании с методикой «сэндвич». Препараты, содержащие в своем составе антиоксиданты, дают меньший отек, что особенно важно при наличии общей пастозности лица, характерной для этих пациентов.

Коррекция складок нижней трети лица при деформационном типе старения возможна лишь при 1–2-й степени птоза. В остальных случаях она не оправдана, так как зрительно утяжеляет эту зону. В случае птоза 1-й степени первично в нижней трети лица проводится ботулинотерапия, с последующим,



**MESOREAL**  
TRIUM TRADE



**Эксклюзивная косметика  
для женщин**



ООО «Триум Трейд»  
Москва, ул. Мещанская, 1, корп. 3  
8 (495) 607-84-88, 8 (495) 607-77-14,  
8 (495) 607-92-18, 8 (495) 607-72-72  
triumtrade@mesoreal.ru  
www.mezo.ru

Санкт-Петербург (812) 764-8718; Владивосток (4232) 41-1034;  
Пермь (342) 2126220; Екатеринбург (343) 2514914; Самара (846) 228  
Н.Новгород (8312) 397862; Новосибирск (383) 3462281; Ростов-на-Дону (8  
Саратов (8452) 470246; Краснодар (8612) 741883; Сочи (8622) 694  
Красноярск (3912) 24-91-26; Хабаровск (4212) 28-67-37



а



б



в



г

**Фото 3.** Пациентка с деформационным типом старения лица. Наблюдается птоз 2-й степени нижней трети лица: а, б — до коррекции, в, г — после проведения объемного моделирования складок и овала лица филлерами на основе гиалуроновой кислоты.

минимум через 2–3 недели, за-  
полнением губо-подбородочных  
складок (либо объемным модели-  
рованием складок и овала лица)  
филлерами на основе гиалуроно-  
вой кислоты или гидроксиапати-  
та калиция при помощи канюль  
(фото 3).

При гипертрофированной под-  
кожно-жировой клетчатке при-  
менение ботулотоксинов в ни-  
жней трети лица с целью коррек-  
ции губо-подбородочной склад-  
ки или овала лица прогностичес-  
ки не эффективно, так как из-за  
«тяжести» этой зоны желаемый  
лифтинг мягких тканей не воз-  
можен.

При выраженных стадиях старе-  
ния, сочетающихся с выраженно-  
стью подкожно-жировой клетчат-  
ки (3–4-я степень птоза), необхо-  
димо предварительно провести  
мероприятия по уменьшению или  
удалению подкожно-жировой  
клетчатки и лифтингу кожи. На-  
глядные результаты достигаются  
при сочетании малоинвазивной  
липосакции с последующим за-

полнением носогубных и губо-  
подбородочных складок препара-  
тами высокоретикулярной гиалу-  
роновой кислоты.

При деформационном типе ста-  
рения для коррекции инволюци-  
онных изменений верхней трети  
лица ботулинотерапия также при-  
меняется избирательно. Свойст-  
венный этим пациентам выра-  
женный птоз верхней трети лица  
является относительным проти-  
вопоказанием к ботулинотера-  
пии. Поэтому при необходимости  
устранения (уменьшения) глубо-  
ких вертикальных морщин меж-  
бровья в большинстве случаев ме-  
тодом безальтернативного выбо-  
ра является контурная пластика.  
Показано многоэтапное введение  
методом «сэндвича» небольших  
объемов препарата гиалуроновой  
кислоты средней степени вязкос-  
ти, желательно с антиоксиданта-  
ми в его составе, для уменьшения  
отечности.

В случае же отсутствия противо-  
показаний к применению ботуло-

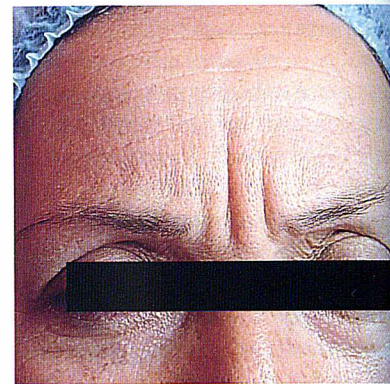
токсина показана двухэтап-  
ная схема коррекции мимичес-  
ких морщин, с интервалом в 10–  
дней между процедурами. Пер-  
воначально расслабляют мыш-  
цы-депрессоры, которые с возра-  
стом превалируют, для чего вводят  
ботулотоксин типа А. Использо-  
вать более высокие, по сравнению  
со стандартно рекомендуемыми,  
дозировки и более концентриро-  
ванное разведение для уменьше-  
ния диффузии.

Коррекция межбровной зоны  
таких пациентов обычно требу-  
ет увеличения дозировки ботуло-  
токсина на 15–30% по сравнению  
с рекомендуемыми стандартами  
обязательной последующей до-  
коррекции (как минимум — чер-  
ез 2 недели) с использованием фи-  
ллеров на основе гиалуроновой  
кислоты средней степени вязкос-  
ти (фото 4).

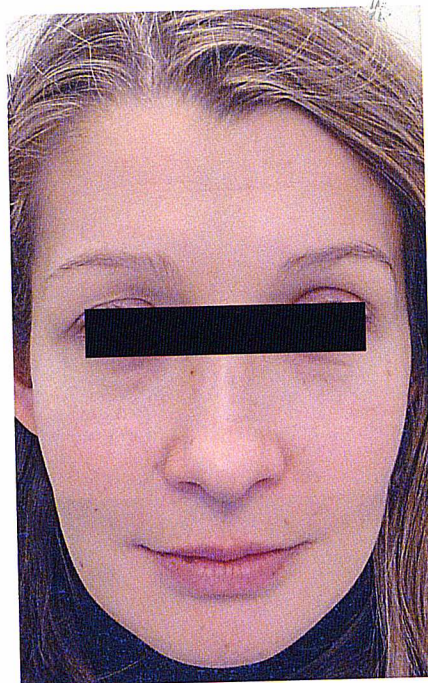
## «Усталое лицо»

Распространено старение лица  
по так называемому пастозно-  
му типу, или по типу «усталое ли-  
цо». У таких пациентов деформаци-  
онные изменения средней трети ли-  
ца превалируют уже в молодом  
возрасте (фото 5).

На фоне сниженного тонуса  
кожи и мимической мускулатуры  
смещения жировых пакетов воз-  
никает характерное уплощение



**Фото 4.** Глубокие вертикальные морщи-  
ны межбровья корректируются введе-  
нием больших доз ботулотоксина с по-  
следующим применением филлеров на  
основе гиалуроновой кислоты средней  
степени вязкости.



а

б

**Фото 5.** При старении по типу «усталое лицо» деформационные изменения средней трети лица заметны уже в молодом возрасте: а — мать, б — дочь.

скуло-подглазничной области, появляются подглазничные, нососщечные, щечно-скуловые борозды, носогубные складки, млярные мешки. Эти явления — результат ослабления поддерживающих связок и мышц и развития атрофических процессов, приводящих к потерям объема костной, мышечной и в большей степени жировой ткани, сопровождающихся эластозом кожи. Отмечается отечность, пастозность, изменение цвета кожи из-за нарушений микроциркуляции. Факторами, ускоряющими эти процессы, могут быть резкие колебания веса, вредные привычки (например, курение и пристрастие к алкоголю), чрезмерная инсоляция, в том числе и в солярии, некоторые хронические заболевания, ведущие к недостатку гидратации кожи, снижению ее эластичности и потере объемов тканей.

Такие пациенты приходят главным образом с желанием скорректировать носогубные складки, не зная, что их эстетические проблемы можно эффективно решить путем объемного моде-

лирования щечной и скуловой зон. Этот метод и необходимо применить в первую очередь — для гармонизации лица. Объемное моделирование средней трети лица имеет важное значение в омолаживающих процедурах при этом типе инволюционных изменений. Благодаря появлению новых инструментов, таких как атравматичная канюля, стало возможным безопасное и нетравмирующее введение препаратов в сложную анатомическую

гиалуроновой кислоты высокой и очень высокой вязкости, отличающейся хорошим формообразованием, или гелям на основе гидроксиапатита кальция.

В связи с необходимостью введения большого объема корректирующих гелей выбираем тактику многоэтапного введения препарата во избежание возможных осложнений в виде отеков, стойкого лимфостаза, гиперкоррекции, миграции препарата, вызывающей вторичную деформацию. Количество вводимого за одну сессию препарата во многом зависит от дефицита объема корректируемой зоны, наличия и выраженности грыж нижнего века, индивидуальных особенностей лимфооттока, степени развития верхнечелюстных и скуловых костей. К примеру, общий объем контурного геля на основе гиалуроновой кислоты в одну сессию может составлять максимум до 2–4 мл на одну сторону лица.

Для пациентов с типом старения «усталое лицо» первично и наиболее показательно объемное моделирование скуло-подглазничной области. Коррекция носогубной складки в случае необходимости может проводиться вторым этапом.

При сочетании объемного моделирования и ботулинотерапии в периорбитальной зоне, для устране-

« Деформационный тип старения характеризуется значительным перепадом высот области щек и области губ, в результате которого образуется выраженная глубокая градиентная складка (по классификации Е. Б. Лапутина). В этом случае желаемое введение большого количества филлера является ошибочным».

зону, в глубокие слои и супрапериостально.

Предпочтение следует отдать формообразующим инъекционным гелям стабилизированной

ния мимических морщин в области век, применение ботулотоксина оправдано на втором, завершающем, этапе коррекции, чтобы предотвратить лимфостаз. Ботулинотерапия в этом случае проводится



а



б



в



г

**Фото 6. Коррекция мелких морщин щечной области: а — процедура биоармирования препаратами гиалуроновой кислоты с использованием канюли; б — схема биоармирования в веерной технике; в — состояние кожи до процедуры; г — сразу после процедуры, реабилитация не требуется.**

через 1,5–2 недели после объемного моделирования, а не наоборот, как это принято при коррекции других зон. Причем дозировки ботулотоксина следует уменьшить на 20–30% для сохранения частичной мимики и предотвращения возможной пастозности.

## Комбинированный тип старения лица

Для пациентов, которым свойственен комбинированный тип старения лица, характерно уже в молодом возрасте снижение упругости мягких тканей, одутловатость в сочетании с ранним появлением морщин, деформацией лица как в

средней, так и в нижней зоне. Астеничное строение шеи приводит к раннему образованию морщин и атонии кожи в этой области.

Тактика коррекции индивидуальна, зависит от выраженности тех или иных признаков на разных возрастных этапах. Для достижения омолаживающего эффекта наряду с нормализацией объемов необходимо улучшение рельефа и качества кожи. Особенно это актуально в случае превалирования сети мелких морщин в периорбитальной, периоральной и щечной зонах.

Коррекцию эстетических недостатков у таких пациентов следует

начинать с улучшения качества кожи и ее гидратации, планируя на последующих этапах проведение ботулинотерапии мимических морщин и коррекцию объемных дефектов.

Наиболее востребована и эффективна коррекция мелких морщин в области век, губ и щек методом биоармирования с использованием ретикулярной гиалуроновой кислоты с низкой концентрацией 12–18 мг/мл (фото 6). Пациенты предпочитают комфортную технику армирования канюлями, популярность которой возрастает в связи с минимальной болезненностью процедуры и отсутствием необходимости в реабилитации. Биоармирование можно рекомендовать как молодым пациентам с целью профилактики образования морщин щечной области, так и пациентам зрелого возраста для коррекции уже сформировавшихся морщин. Одновременно достигается эффект биоревитализации, что делает кожу увлажненной и более упругой. Главной особенностью инъекций гиалуроновой кислоты является сочетание объемного моделирования с терапией увядающих тканей за счет активации локального метаболизма, стимуляции синтеза коллагена и эластина, следовательно, и повышения тонуса кожи, ее омоложения.

При комбинированном типе старения с признаками нарушения лимфооттока выбор за препаратами гидроксипатита кальция, так как этот материал не отличается гидрофильностью. В случае образования кожных заломов в области щек из-за гипертонуса мышц улыбки — *m. risorius* — возможно введение ботулотоксина интрадермально в минимальных дозировках и большом разведении для усиления диффузии.

Самым распространенным поводом для визита к косметологу является желание «избавиться от

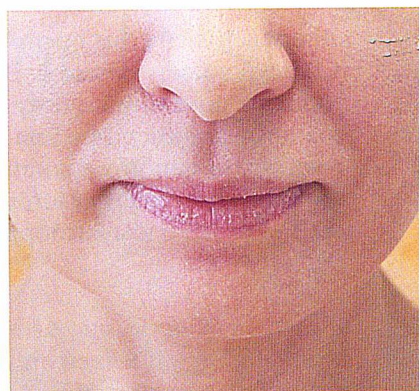
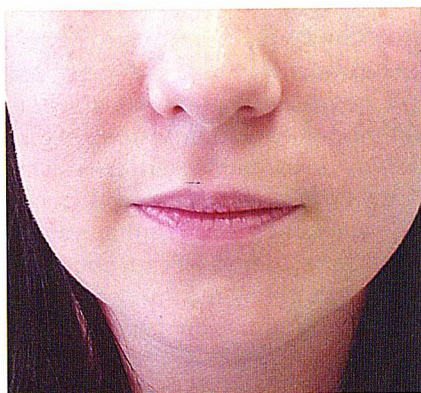


Фото 7, 8. Носогубная Гар-складка (по классификации Е. Б. Лапутина): варианты разной степени выраженности.

морщин вокруг глаз и уменьшить складки около носа». Коррекцию

морщин области век желательно начинать с биоревитализации

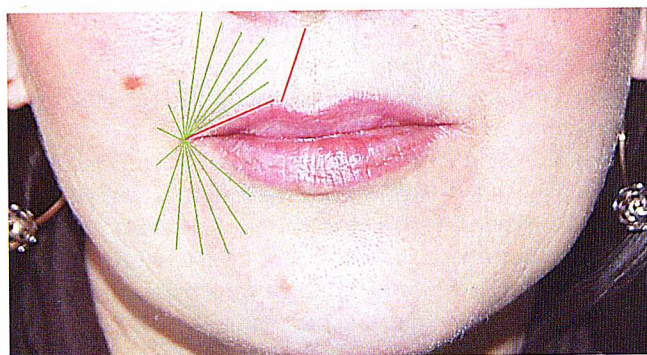
этой зоны препаратами гиалуроновой кислоты в сочетании с аминокислотами или факторами роста. Ботулинотерапия в случае отсутствия противопоказаний является безальтернативной методикой коррекции мимических морщин. Постановка точек инъекционирования зависит от активности той или иной порции круговой мышцы глаза — *m. orbicularis oculi*; дозировка индивидуальна, в зависимости от пола, возраста пациента, тонуса и развития мышцы. В соответствии с общей тенденцией сохранения естественного лица предпочтительны умеренные



а



б



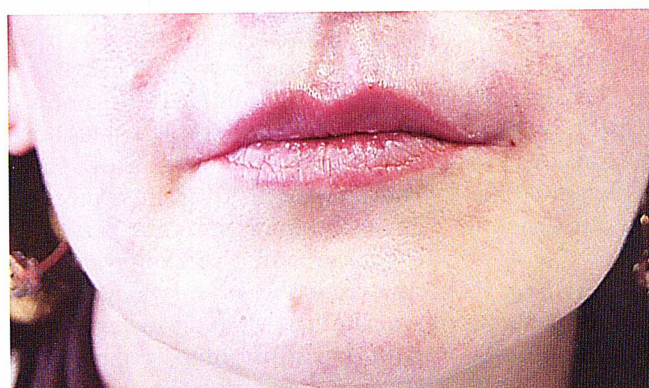
в

Фото 9. Коррекция периоральной зоны:

а, б — показания к проведению коррекции: наличие «кисетных» морщин (а — в покое, б — при напряжении);

в — схема введения слаборетикулярной гиалуроновой кислоты для биоармирования верхней губы, гиалуроновой кислоты средней степени ретикуляции для создания коллон филтрума и укрепления контура губ;

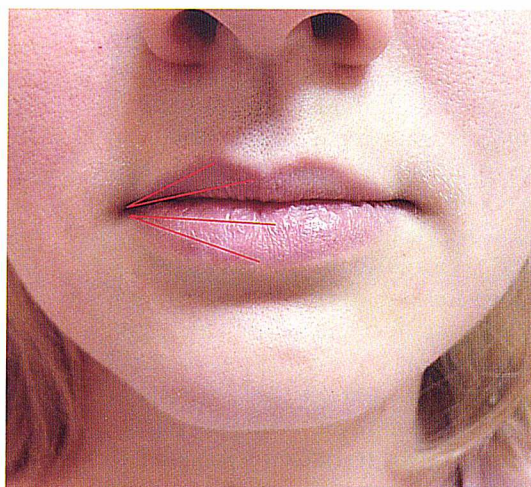
г, д — результат омоложения верхней губы.



г



д



**Фото 10. Схема проведения ревитализации губ.**

дозировки ботулотоксина, его введение в два этапа, с интервалом в две недели.

При комбинированном типе старения на фоне выраженной подкожной инволюции формируется носогубная Гар-складка (по классификации Е. Б. Лапутина) (фото 7, 8), которая нуждается в коррекции большим количеством объемного геля высокой плотности с большей степенью стабилизации. Применимы линейно-ретроградная техника в сочетании с техникой «сэндвича».

Если носогубная складка имеет вид линейной поверхностной морщины без депрессии подлежащих тканей (штрих-складка по классификации Е. Б. Лапутина), как при мелкоморщинистом типе, то оптимально введение филлеров с высокой пластичностью и средней концентрацией ретикулярной гиалуроновой кислоты. Применима линейно-ретроградная техника введения препарата в сочетании с методикой мелкопульпового поверхностного заполнения кожного дефекта.

При необходимости коррекции возрастных проблем периоральной области лучший результат достигается применением комбинации ботулинотерапии круговой мышцы рта (*m. orbicularis oris*) с укреплением контура губ, созданием колонн филлтрума, биоар-

мированием верхней губы препаратами гиалуроновой кислоты. В случае противопоказаний к ботулинотерапии, например при анатомически удлиненной верхней губе, контурная пластика является единственным методом выбора (фото 9).

Введение стабилизированной гиалуроновой кислоты средней степени вязкости в контур губ с целью создания так называемых «ребер жесткости», сочетанное биоармирование верхней губы с параллельным формированием колон филлтрума — методы, которые укрепляют контур, улучшают текстуру кожи в зоне верхней

губы препарата типа А. Введение препарата в мышцу, опускающую угол рта (*m. depressor anguli oris*), в волокна широкой мышцы шеи (*m. platysma*) позволяет уменьшить глубину губо-подбородочной складки, улучшить овал лица, увеличить длительность эстетического эффекта последующей контурной пластики препаратом гиалуроновой кислоты (проводится через 2 недели после ботулинотерапии).

В случае слабовыраженной подкожно-жировой клетчатки при коррекции нижней трети лица ботулотоксином наблюдается лифтинг кожи средней части лица за счет компенсаторного ги-

« При гипертрофированной подкожно-жировой клетчатке применение ботулотоксинов в нижней трети лица с целью коррекции губо-подбородочной складки или овала лица прогностически не эффективно, так как из-за «тяжести» этой зоны желаемый лифтинг мягких тканей невозможен».

губы, при этом губы выглядят молодо и естественно. А это является обязательным пожеланием большинства возрастных пациентов.

Стало востребованным эффективное увлажнение губ, особенно в зрелом возрасте, методом введения слабоконцентрированной ретикулярной гиалуроновой кислоты при помощи канюль. Такая ревитализация достигается небольшим количеством препарата (0,5–0,8 мл) и не сопровождается отеком (фото 10). Для многих женщин зрелого возраста эффект увлажнения губ без видимого увеличения их объема является обязательным условием проведения процедуры.

Показательны по эффективности при комбинированном старении и процедуры коррекции нижней трети лица ботулотокси-

пертонаса мышц-леваторов, что также позитивно оценивается пациентами.

У пациентов с комбинированным типом старения лица при отсутствии выраженногоптоза контурная пластика применяется в симбиозе с ботулинотерапией как финальный этап.

В заключение подчеркну, что безопасное и высокоэффективное применение препаратов для инъекционной контурной пластики и ботулинотерапии открывает все новые горизонты и возможности антивозрастной терапии. Надо только помнить, что не существует шаблонов и готовых рецептов — каждое лицо индивидуально и прекрасно, поэтому требуется осмысленный подход, возвращающий его гармонию, утраченную со временем, подход на основе комплексной оценки.