



КОРРЕКЦИЯ МАЛЯРНЫХ МЕШКОВ *с помощью мезококтейлей*

Малярные мешки могут формироваться по нескольким причинам. И в зависимости от этиологии к ним необходимо применять разные способы коррекции. В каком случае методом выбора становится мезотерапия? И какие мезопрепараты зарекомендовали себя как наиболее эффективные?



ВИКТОРИЯ ЛЫСИКОВА,

врач-дерматолог, косметолог, сертифицированный тренер компании MDSS, сотрудник кафедры пластической, реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий РНИМУ им. И.П. Пирогова
Москва

О бласть малярного возвышения представлена поверхностным жировым пакетом, который ограничен сверху поддерживающей связкой круговой мышцы глаза (*Orbicularis Retaining Ligament (ORL)*), а спереди — скуловой связкой (*Zygomaticus Ligament*). Анатомическая близость к периорбитальной зоне и круговой мышце глаза объясняет появление отеков в области малярного возвышения после постановки ботулотоксина у ряда пациентов. Высокая гидрофильность жировой клетчатки данной области привела к фактическому запрету введения филлеров на основе гиалуроновой кислоты в малярный жировой пакет. Застой жидкости в этой зоне носит ятрогенный характер и требует устранения введенных препаратов.

Когда мы говорим про возрастные изменения, важно понимать, что есть вариации анатомического строения малярной зоны, что требует от врачей необходимости индивидуального подбора метода терапевтической коррекции. Я выделяю четыре основных пункта, которые могут стать при-

чиной обсуждаемой проблемы:

1. Анатомически короткая скуловая связка.
2. Возрастная липоатрофия глубоких жировых пакетов.
3. Дерматопороз, истончение кожи.
4. Отеки гидрофильной клетчатки малярного жирового пакета.

АНАТОМИЧЕСКИ КОРОТКАЯ СКУЛОВАЯ СВЯЗКА

У ряда пациентов скуловая связка короткая. В таких случаях рубцеподобное втяжение будет наблюдаться уже в молодом возрасте, поскольку связка имеет кожное крепление и «втягивает» кожную часть. Идеальным методом коррекции такого анатомического варианта строения является хирургическая сепарация скуловой связки с перемещением тканей латерально и вверх.

При анатомически короткой скуловой связке попытки введения наполнителя (геля) техникой «столбики» дает лишь кратковременное (на 1–2 месяца) улучшение ситуации. Дальнейшее же смещение геля выше

и ниже связки приводит к еще большей визуализации втяжения и визуальному усугублению проблемы.

ВОЗРАСТНАЯ ЛИПОАТРОФИЯ ГЛУБОКИХ ЖИРОВЫХ ПАКЕТОВ

Возрастные изменения данной области чаще всего связаны с липоатрофией глубоких жировых пакетов. При этом анатомическом варианте строения скуловая связка чаще всего выражена не сильно и восполнение гелем атрофированных глубоких (!) жировых пакетов приводит к положительной долговременной коррекции. Такое строение обсуждаемой зоны чаще всего наблюдается у пациентов с усталым морфотипом старения. При выборе наполнителя следует отдать предпочтение менее гидрофильному препарату с высокой вязкостью и хорошими волюмизирующими свойствами. При этом восполнение дефицита объема проводят как под областью малярного возвышения, так и в средней трети лица (в области подглазничной жировой

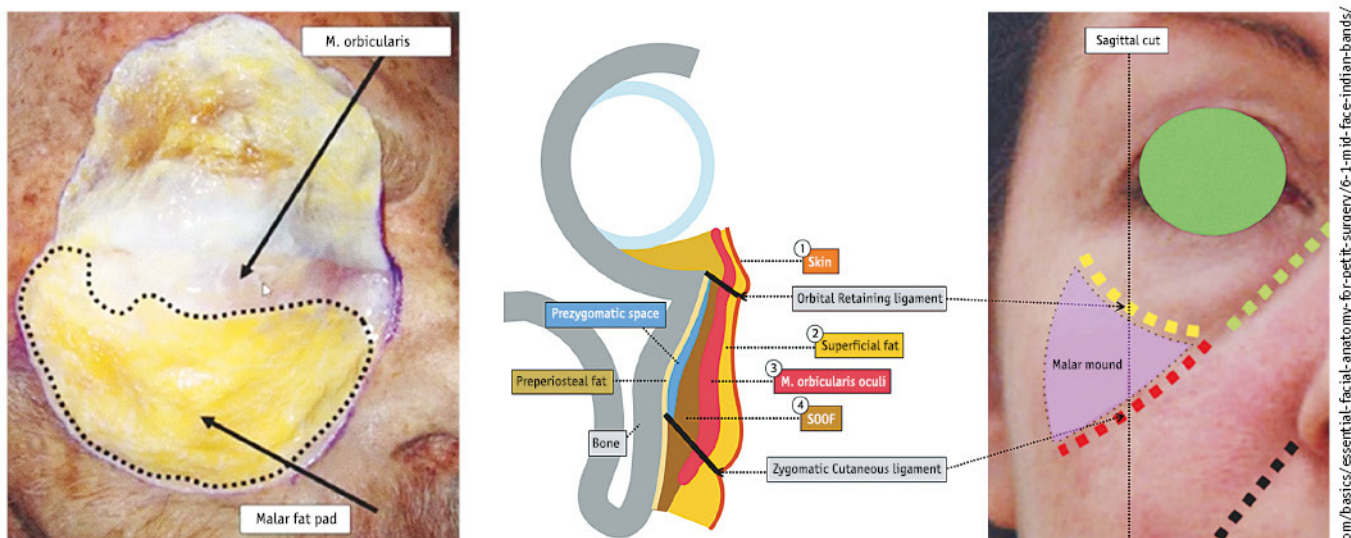


Рис. 1–2. Расположение малярного жирового пакета.

Предскуловое пространство
Препериостальный жировой пакет
Кость

Кожа
Орбитальная удерживающая связка
Поверхностный жир
Круговая мышца глаза
Подглазничная жировая клетчатка
Кожная скуловая связка

клетчатки *Suborbicularis Oculi Fat* (SOOF), и глубокого медиального щечного жирового пакета — *Deep Medial Cheek Fat Pad*).

ДЕРМАТОПОРОЗ, ИСТОНЧЕНИЕ КОЖИ

Дерматопороз и истончение кожи периорбитальной зоны приводят к нависанию избытка кожи по типу «фартука». Для таких пациентов эффективным методом коррекции являются процедуры, направленные на ретракцию и уплотнение кожи, к которым относятся аппаратные методы воздействия и введение препаратов на основе не-стабилизированной ГК.

ОТЕКИ ГИДРОФИЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ МАЛЯРНОГО ЖИРОВОГО ПАКЕТА

Отеки данной зоны часто сочетаются с анатомически короткой скуловой связкой. Отеки могут быть физиологическими,

патологическими и ятрогенными, когда наблюдается «плавающий» характер визуализации области малярного возвышения и пастозности периорбитальной зоны, и проблема усугубляется по утрам. Желание ряда врачей уменьшить объем поверхностного жирового пакета приводит их к введению дипроспана, что

ко как вено- и лимфотоники, но и как эффективно тормозящие разрушение коллагеновых волокон за счет подавления активности матриксной металлопротеиназы (ММР) и усиления синтетической активности фибробластов. Эти свойства позволяют использовать их в регенеративной медицине. L-карнитин

« У ряда пациентов скуловая связка короткая. В таких случаях рубцеподобное втяжение будет наблюдаться уже в молодом возрасте, поскольку связка имеет кожное крепление и «втягивает» кожную часть.

категорически неверно и провоцирует атрофию кожи.

При отеком компоненте одним из наиболее эффективных, простых и коммерчески выгодных методов коррекции является введение мезопрепаратов, содержащих артишок, центеллу азиатскую, иглицу шиповатую, а также L-карнитин, кофеин. Интересно, что данные препараты зарекомендовали себя не толь-

ко кофеин известен как вещества, безопасно и эффективно усиливающие энергетический обмен в жировой клетке, но мало кто знает об их способности поддерживать целостность митохондриальных белков в процессе старения и улучшения трофики тканей. Введение мезококтейлей происходит техникой классических вколов, по 0,05 мл раствора на каждую сторону. Сразу после

процедуры появляется покраснение и усиливается отечность, но после курса (6 процедур, 1–2 раза в неделю) наблюдается стойкое улучшение ситуации: сосудистые препараты способствуют движению крови и лимфы, а L-карнитин и кофеин уменьшают объем поверхностного жирового пакета без риска осложнений.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ

В проведенном мною исследовании принимали участие 12 женщин с отечным компонентом в периорбитальной и малярной зонах. Каждой было проведено по 6 процедур, с частотой 1–2 раза в неделю.

Пациентки исследуемой группы отметили:

- уменьшение утренней отечности периорбитальной зоны на протяжении всего периода лечения;
- улучшение тонуса обрабатываемых участков кожи;
- улучшение цвета обрабатываемых участков кожи;
- стойкое уменьшение выраженности малярных мешков;
- безболезненность процедуры (процедуры выполняли без анестезии).



Артишок

При отечном компоненте одним из наиболее эффективных, простых и коммерчески выгодных методов коррекции является введение мезопрепаратов, содержащих артишок, центеллу азиатскую, иглицу шиповатую, а также L-карнитин, кофеин.



Отеки могут быть физиологическими, патологическими и ятрогенными, когда наблюдается «плавающий» характер визуализации области малярного возвышения и пастозности периорбитальной зоны, и проблема усугубляется по утрам. Желание ряда врачей уменьшить объем поверхностного жирового пакета приводит их к введению дипроспана, что категорически неверно и провоцирует атрофию кожи.

Таким образом, зная механизмы старения и возрастных изменений тканей, с помощью введения фармакологически выверенных рецептов мы можем расширять

протоколы инъекций, улучшать состояние сложных зон лица и проводить эффективную анти-возрастную профилактику при любом морфотипе старения. **КУ**

<https://www.prime-journal.com/treatment-of-the-mid-face-with-fillers/>

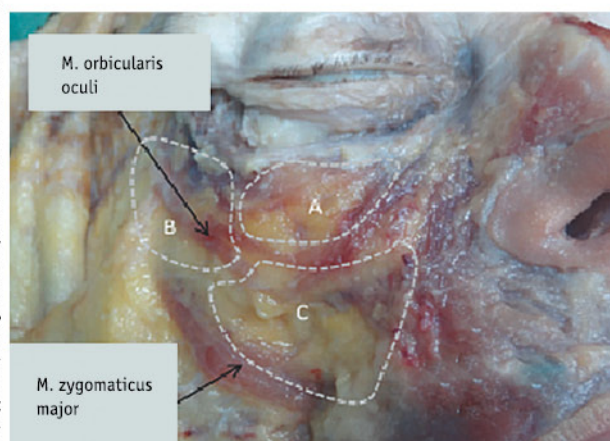


Рис. 3. Глубокие щечные жировые пакеты: а) медиальная подглазничная жировая клетчатка; в) латеральная подглазничная жировая клетчатка. Стрелкой обозначена круговая мышца глаза (m. orbicularis oculi), под которой располагается подглазничная жировая клетчатка; с) медиальный щечный жировой пакет. Стрелкой обозначена большая скуловая мышца (m. zygomaticus major).