

Пациенты 45 лет и старше — аудитория, очень заинтересованная в коррекции инволюционных изменений кожи лица и шеи. Однако часто врачи диагностируют у них сопутствующие эстетические, дерматологические, соматические и другие проблемы, которые либо осложняют, либо вовсе отменяют использование той или иной методики.

Каков алгоритм работы с такими пациентами? В каких ситуациях косметолог должен заручиться поддержкой профильных специалистов, а когда может справиться с задачей сам, несколько видоизменив протокол ведения процедуры? Почему в ряде случаев подготовка к процедурам и правильно построенный восстановительный период играют главенствующую роль в достижении наилучшего эстетического эффекта?

Мезотерапия в комбинированной коррекции возрастных изменений лица у пациенток старше 45 лет

СТЕЛЛА РАЙЦЕВА, к.м.н.,
дерматовенеролог, косметолог,
международный тренер Лабораторий
Filorga (Франция), медицинский
советник компании
«М-СИТИ»
Москва

Эстетическая мезотерапия оказывает воздействие на качество кожи, не влияя на подлежащие ткани. В каких случаях ее можно считать методом выбора, а когда она играет хоть и важную, но второстепенную роль, если речь идет о пациентах старшей возрастной группы?

Обзор литературы, много-
летний клинический
опыт и обобщенный ана-
лиз причин успеха и неудач в те-
рапевтической косметологии
позволяют с уверенностью гово-

рить о том, что тактика ведения
пациенток 45 лет и старше стро-
ится на глубоком патогенетиче-
ском понимании биологиче-
ских процессов, происходящих в
организме женщин, вступивших

в период перименопаузы, мено-
паузы и постменопаузы.
Поскольку кожа является важ-
ным индикаторным, эстроген-
чувствительным и реактивным
органом, у рассматриваемой



группы изменения кожи будут связаны с истончением эпидермиса и дермы, качественным и количественным снижением содержания ее функциональных структур. В процессе перестройки организма атрофическим изменениям прежде всего подвержены фибробласты — магистральные клетки дермы с высокой синтетической активностью, что отражается на качестве и количестве вырабатываемых ими эндогенных компонентов кожи — гиалуроновой кислоты и коллагена. Однако процесс возрастной инволюции затрагивает не только эпидермис и дерму, но и подкожную жировую клетчатку, мышцы и костно-хрящевые структуры лица.

Принимая во внимание всю глубину описанных структурно-функциональных изменений, выбор в качестве моновоздействия любого из существующих методов терапевтической косметологии без учета индивидуальной оценки архитектоники лица, морфологического типа и

степени старения будет малоэффективен. Например, назначение эстетической мезотерапии, действие которой направлено только на улучшение качественных характеристик (цвета, увлажненности, тонуса, микрорельефа) эпидермиса и дермы, в виде монометода у пациенток с деформирующим типом старения и выраженным гравитационным птозом может не дать видимого результата, удовлетворяющего и пациентку, и врача.

Таким образом, терапевтическая стратегия ведения пациенток 45 лет и старше чаще всего подразумевает назначение комбинированного протокола — его выстраивание базируется на знании алгоритмов сочетания различных методов эстетической коррекции возрастных изменений. На сегодняшний день такой подход называют эстетической геропротекцией, задачи которой не ограничиваются только комплексным, послойным и поэтапным воздействием на все ткани, затронутые в процессе

старения лица и шеи, но и подразумевают тесное взаимодействие врача дерматолога-косметолога с другими специалистами: терапевтом, эндокринологом, гинекологом, стоматологом, хирургом.

Во избежание недопонимания в тандеме врач-пациент, при выборе алгоритма эстетической геропротекции и определении последовательности включения в него процедур мезотерапии врачу дерматологу-косметологу необходимо тщательно сопоставить данные анамнеза и результаты клинического обследования конкретной пациентки (табл. 1).

Важными условиями успеха являются: выяснение пожеланий пациентки, ее опасений и ожиданий; детальное обсуждение плана лечения и последовательности назначения процедур; предоставление пациентке подробной информации о методах и препаратах, которые планируются к использованию при проведении курса эстетической

терапии; обсуждение сроков реабилитации после той или иной процедуры; заполнение амбулаторной карты и информированного согласия. Для объективной оценки состояния пациентки и прогнозирования результата необходимо проводить фотодокументальный мониторинг до начала и после завершения курса терапии.

Такой подход, с учетом установленных противопоказаний, позволит доктору определить спектр возможных процедур и разработать индивидуальный алгоритм эстетической геропротекции. Какое место в предложенном алгоритме займет эстетическая мезотерапия? Станет ли она главным или дополнительным методом в комбинированном протоколе? Все это бу-

дет зависеть от жалоб (запроса) пациентки и наличия сопутствующих соматических и эстетических проблем, требующих предварительной консультации другого специалиста или коррекции другими методами.

Например, при ярко выраженном куперозе эстетическую мезотерапию с целью укрепления стенки сосудов назначают лишь как завершающий метод в комбинированном протоколе. Приоритетными методами лечения в такой клинической ситуации будут лазерные технологии. Кроме этого, необходимо помнить о том, что пациенткам с диффузными формами купероза требуется консультация флеболога для проверки состояния сосудистого русла организма в целом, и эндокринолога для исключения сахарного диабета.

Вторым важным критерием при определении места и последовательности проведения мезотерапии в комбинированном протоколе эстетической геропротекции является объективный клинический статус, учитывающий морфологический тип старения и степень выраженности возрастных изменений (I–IV).

Мелкоморщинистый тип старения

У таких пациенток кожа тонкая, чувствительная, часто сухая, подкожная жировая клетчатка выражена слабо. Морщины, складки и заломы могут присутствовать в разном количестве и иметь различную степень выраженности: от единичных до множественных, от мелких до глубоких. Характерны очаговые нарушения

Таблица 1. Сбор информации о пациенте с применением различных методов исследования

Методы исследования	Информация о пациенте
Анамnestические	■ Наследственный анамнез (генетическая предрасположенность к появлению ранних возрастных изменений) ■ Соматический анамнез (хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации, онкологические заболевания, болезни обмена) ■ Аллергологический анамнез (лекарственная, пищевая, бытовая аллергия) ■ Постоянное или транзитное применение медицинских препаратов ■ Методы предшествующей эстетической терапии, с уточнением возраста, в котором они были назначены ■ Образ жизни ■ Профессиональный маршрут ■ Дисциплинированность ■ Готовность к инъекционным методикам ■ Реальность ожиданий и готовность к определенным материальным затратам
Объективное клиническое обследование	■ Состояние здоровья на момент обращения к врачу ■ Конституциональный тип кожи ■ Фототип ■ Тип старения ■ Выраженность проблем на момент обращения к врачу ■ Индивидуальный порог болевой чувствительности ■ Психотип (стабильный, лабильный)
Клинический и фотодокументальный мониторинг	■ Динамика состояния кожи

пигментации кожи по типу гиперхромии. Мышечный тонус снижен незначительно, гипотоничность тканей лица выражен слабо. Основная жалоба таких пациентов будет на ухудшение качества кожи: ее цвета, тонуса, эластичности, увлажненности. При объективном осмотре выявляются изменения, затрагивающие главным образом эпидермис и дерму.

Для этой категории пациенток мезотерапию можно считать методом выбора и назначать первым этапом в лечебном протоколе комбинированной терапии. Выбор группы мезотерапевтического препарата, приоритетной техники его введения и длительности курса (табл. 2) зависит от решаемой клинической задачи, соматического и аллергологического анамнеза пациентки. Про-

граммы мезотерапии позволят быстро увлажнить поверхностные и глубокие слои кожи, восстановить ее барьерные свойства, улучшить обменные процессы и реакции клеточного метаболизма, повысить синтетическую активность фибробластов, активизировать физиологическую регенерацию кожи.

Таблица 2. Сравнительная характеристика групп мезотерапевтических препаратов

Группы препаратов	Характеристики препаратов
Классические мезотерапевтические препараты	■ Моно- и мультикомпонентные (2 и более компонентов) растворы, готовые или приготовленные <i>ex tempore</i> коктейли ■ Нестабилизированная ГК, входящая в состав классического мезококтейля, имеет невысокую концентрацию (менее 10 мг/мл) и низкую молекулярную массу (< 1000 kDa) ■ Биodeградируют в течение 1 недели ■ Классическая схема интенсивного курса терапии 1 раз в 7–10 дней № 7–10 ■ Основные техники введения: наппаж, папула
Классические биоревитализанты	■ Монокомпонентные гели или густые растворы на основе нестабилизированной ГК ■ Концентрация ГК от 10 мг/мл и выше с высокой молекулярной массой (≥ 1000 kDa) ■ Биodeградируют в течение 2 недель ■ Классическая схема интенсивного курса терапии: 1 раз в 2 недели № 2–4 ■ Основные техники введения: папула, линейно-ретроградная
Пролонгированные биоревитализанты	■ Монокомпонентные густые гели на основе нестабилизированной высокомолекулярной ГК (≥ 2000 kDa), в высокой концентрации (≥ 12 мг/мл) ■ Включают осмолярные компоненты (глицерол, манитол, сорбитол), которые тормозят биodeградацию ГК и усиливают ее свойства. ■ Биodeградируют в течение 3–4 недель ■ Классическая схема интенсивного курса терапии: 1 раз в 4 недели № 3 ■ Основные техники введения: микропапула, глубокая папула, линейно-ретроградная
Полиревитализанты (мультикомпонентные биоревитализанты, биорепаранты)	■ Мультикомпонентные препараты в виде геля или густого раствора, в состав которых помимо ГК входят витамины, микроэлементы, минералы, аминокислоты, нуклеиновые кислоты, коферменты и др. ■ Нестабилизированная ГК, входящая в состав полиревитализанта, имеет высокую концентрацию (10 мг/мл и более) и высокую молекулярную массу (≥ 1000 kDa) ■ Биodeградируют в течение 3 недель ■ Классическая схема интенсивного курса терапии 1 раз в 3–4 недели № 3–5 ■ Основные техники введения: микропапула, глубокая папула, линейно-ретроградная
Цитоплазматические препараты (биомолекулярные препараты, органопрпараты)	■ Высокоочищенные экстракты (растворы) из органов и тканей животных, различной степени зрелости ■ Содержат биомолекулярную массу цитоплазмы клеток. Имеют сложный мультикомпонентный состав ■ Биodeградируют в течение 1–2 недель ■ Классическая схема интенсивного курса терапии 1 раз в 10–14 дней № 5–7 ■ Основные техники введения: наппаж, микропапула



Фото 1. Пациентка Б., 47 лет. Естественное старение лица и шеи по мелкоморщинистому типу. Липодистрофия носогубной, подглазничной, скуловой областей I–II степени.



Фото 2. Та же пациентка после курса эстетической геллопротекции. Отмечено значительное улучшение внешнего вида.

В дальнейшем комбинированный протокол можно расширить процедурами, направленными на выравнивание микрорельефа кожи (например, применить срединный химический пилинг, космеханику, криотерапию, светолечение, технологии лазерной абляции, фототерапию, микродермабразию и др.). На завершающем этапе терапии, при необходимости, можно назначить процедуры инъекционной пластики для воссоздания деликатного объема тканей лица и прицельной коррекции морщин, складок и заломов, используя препараты на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты. Также, по показаниям, можно провести эстетическую ботулинотерапию.

Клинический пример

Пациентка Б., 47 лет. Обратилась с жалобами на снижение тонуса и повышенную сухость кожи, появление поверхностных морщин в периорбитальной и периоральной областях, потерю объема тканей лица в подглазничной, скуловой областях. Менструаль-

ный цикл регулярный (перименопауза). Аллергологический анамнез спокойный. Абсолютных соматических противопоказаний для проведения косметологических процедур нет. Объективный статус: кожа лица и шеи тонкая, сухая, неоднородна по

уменьшению объема и возрастная деформация жировых пакетов в подглазничной и скуловой областях, западение носогубного треугольника. Мышцы лица тонкие, плоские, тонус сохранен. Диагноз: естественное старение лица и шеи по мелкоморщинистому



При работе с пациентами возрастной группы 45+, у которых инволюционные изменения затрагивают не только эпидермис и дерму, но и более глубокие структуры лица, назначение мезотерапии в качестве монометода зачастую является недостаточным. Ситуацию может усугубить неграмотный выбор препаратов. В лучшем случае это не оправдывает ожиданий пациента, в худшем — дискредитирует мезотерапию как метод.

цвету, с признаками очаговой гиперпигментации, тонус снижен. Умеренно выраженные морщины над верхней губой, в периорбитальной и щечной областях. Подкожная жировая клетчатка развита слабо. Наблюдается

типу. Липодистрофия носогубной, подглазничной, скуловой областей I–II степени (фото 1).

Тактика ведения пациентки

Первый этап. Для улучшения качества кожи был предложен

метод мезотерапии. Для интенсивного протокола выбраны две группы мезотерапевтических препаратов — мультикомпонентные и пролонгированные биоревитализанты. Проведено 3 процедуры полиривитализации 1 раз в 3 недели и 2 процедуры пролонгированной биоревитализации 1 раз в месяц. Суммарное количество процедур — 5. На третьей процедуре пациентка увидела значительное улучшение качественного состояния кожи лица и шеи (кожа стала гладкой, увлажненной, исчезло ощущение стянутости, улучшился цвет).

Второй этап. Для воссоздания деликатного объема тканей в скуловой, подглазничной, носогубной областях и в области губ проведено инъекционное моделирование с использованием препаратов на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты различной плотности.

Третий этап. Для частичного ограничения динамической активности и нивелирования тонких статических морщин в области межбровья и динамических морщин в латеральных отделах периорбитальных областей («гусиные лапки») проведена эстетическая ботулинотерапия с использованием средних терапевтических дозировок БТА.

Результат. Значительное улучшение внешнего вида (фото 2). Пациентка переведена на процедуры поддерживающего профессионального наружного ухода. Рекомендовано повторить мезотерапевтический протокол в том же объеме через 6 месяцев.

Деформирующий тип старения

У таких пациенток кожа преимущественно плотная, подкожная жировая клетчатка и мышцы ли-

ца развиты. В процессе старения снижается тонус тканей, прогрессирует птоз мышц и кожи лица, происходит перераспределение подкожной жировой клетчатки. Появляется выраженная дряблость, особенно в нижней трети лица, при этом морщин может быть очень мало. Такое лицо склонно к лимфостазу, отекам, куперозу. Пациентки долго выглядят молодо, но с наступлением менопаузы резко стареют. Основной жалобой будет изменение овала лица: появление «брылек», грыжи в области век, нарушение рельефа лица и появление западений в подглазничной, скуловой, носогубной и губоподбородочной областях. При объективном осмотре выявляются изменения, которые преимущественно характеризуются гравитационным смещением и атрофическими изменениями подкожной жировой клетчатки, снижением тонуса кожи и



Фото 3. Пациентка Н., 60 лет. Естественное старение лица по деформирующему типу. Гипертонический тип мышечной активности, статические морщины верхней трети лица. Умеренно выраженный гравитационный птоз тканей лица, грыжи верхних и нижних век, склонность к отекам. Липоатрофия подглазничной, носогубной и губоподбородочной областей II степени.



Фото 4. Та же пациентка после этапной эстетической геропротекции. Отмечено значительное улучшение внешнего вида.

мышц, явлениями лимфостаза. У пациенток с таким морфологическим типом старения мезотерапия в комплексе лечебных мероприятий занимает далеко не первое место. Выбирая комбинацию методов терапии, здесь необходимо определить степень выраженности инволюционных изменений.

Если признаки старения лица выражены слабо или умеренно (I–II степень), то на первом этапе основным направлением терапии является активный лимфодренаж тканей лица (например, контактная локальная криотерапия, космеханика, микровакуумный, вакуумный дренаж и др.). На втором этапе для восстановления тонуса мышц потребуются аппаратный лифтинг (например, криолифтинг, микровакуумная терапия, миостимуляция и др.).

Третий этап будет направлен на воссоздание объемов подкожной жировой клетчатки лица в областях с ее явной атрофией. Для решения этой задачи можно выбрать процедуры инъекционной пластики (например, объемное моделирование филлерами на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты, липофиллинг и др.).

На четвертом этапе для выравнивания микрорельефа и улучшения качественных характеристик кожи эффективно чередование мезотерапевтических процедур с химическими, механическими или лазерными абляциями. В завершение курса можно провести эстетическую ботулинотерапию.

В случае выраженных изменений (III–IV степень) еще на этапе консультирования необходимо рекомендовать хирургическую коррекцию. Если по каким-либо причинам (соматические противопоказания, нежелание пациентки и др.) хирургические ме-

тоды лечения не рассматриваются, то выстраивается комбинированная программа терапевтической коррекции. При этом важно развенчать завышенные ожидания пациентки, подробно информировать ее о продолжительности курса комбинированной терапии, регулярности и этапности проведения процедур, возможных материальных затратах. В заключение консультации необходимо озвучить предполагаемый прогноз эстетической геропротекции.

Клинический пример

Пациентка Н., 60 лет. Обратилась с жалобами на дряблость тканей лица, подчеркнутые носогубные и губоподбородочные складки, изменение овала лица в виде «бульдожных щечек», по-

Пластическую операцию для себя не рассматривает. Единственный вариант, который не исключает в будущем — блефаропластика.

Объективный статус: в верхней трети лица наблюдаются статические морщины в области лба и межбровья,птоз латеральных отделов бровей, избыток кожи верхнего и нижнего век. Ткани лица отечные, пастозные. Гравитационные изменения тканей лица в средней и нижней третях выраженные и характеризуются деформацией контуров скуловой и подглазничной областей; двусторонним выпячиванием мalarных мешков; наличием подчеркнутых нососкуловых борозд и носогубных складок; атрофией подкожной жировой клетчатки в губопод-



Сегодня комплексный подход к инволюционным изменениям кожи лица и шеи называют эстетической геропротекцией. Ее задачи не ограничиваются комплексным, послойным и поэтапным воздействием на все ткани, затронутые в процессе старения, но и подразумевают тесное взаимодействие врача дерматолога-косметолога с другими специалистами: терапевтом, эндокринологом, гинекологом, стоматологом, хирургом.

явление борозд в нососкуловых областях. Стойкие морщины области лба и межбровья, морщины в области боковой части орбит, значительно усиливающиеся, когда пациентка улыбается. Пациентка находится в периоде стойкой постменопаузы. Аллергологический анамнез спокойный. Абсолютных соматических противопоказаний для проведения косметологических процедур нет. Проконсультирована гинекологом и эндокринологом. Получает заместительную гормональную терапию.

бородочной области, изменении овала лица. Также при осмотре выявлены единичные вертикальные статические кисетные морщины в периоральной области сверху, потеря объема тканей верхней губы.

Диагноз: естественное старение лица по деформирующему типу. Гипертонический тип мышечной активности, статические морщины верхней трети лица. Умеренно выраженный гравитационный птоз тканей лица, грыжи верхних и нижних век, склонность к отекам. Липоатро-



Фото. 5. Пациентка С., 56 лет. Естественное старение лица по смешанному типу. Гипертонический тип мышечной активности, статические морщины верхней трети лица, птоз латеральных отделов бровей, грыжки нижних век. Гравитационный птоз тканей лица и липоатрофия подглазничной, скуловой, щечной и губоподбородочной областей II–III степени.



Фото. 6. Та же пациентка после этапной эстетической геропroteкции. Отмечено значительное улучшение внешнего вида.

фия подглазничной, носогубной и губоподбородочной областей II степени (фото 3).

Тактика ведения пациентки

Первый этап. Для снятия отечности, дренирования тканей и повышения мышечного тонуса назначен курс аппаратного контактного криодренажа и криолифтинга: 2 процедуры в неделю, общее количество процедур — 10.

Второй этап. Для воссоздания объема тканей в подглазничной, носогубной, губоподбородочной областях и в области губ проведено инъекционное моделирование с использованием препаратов на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты различной плотности.

Третий этап. Для улучшения цвета кожи и ее тонуса проведено 5 процедур мезотерапии — первые две на препаратах цитоплазматической группы 1 раз в 2 недели, последующие три 1 раз в 2 недели с назначением мульти-

компонентных мезотерапевтических растворов с небольшим содержанием гиалуроновой кислоты. Каждая процедура мезотерапии завершалась фотосветотерапией. После третьего этапа пациентка отметила значительное улучшение внешнего вида лица в целом и качества кожи в частности. Улучшился цвет лица, уменьшились отеки и проявления мелкоморщинистой сетки на нижнем веке. Исчез усталый вид.

Четвертый этап. Для коррекции статических морщин в области лба, межбровья и в латеральных отделах периорбитальной области проведена эстетическая ботулинотерапия с использованием средних терапевтических дозировок БТА.

Результат. Значительное улучшение внешнего вида (фото 4). Пациентка переведена на процедуры поддерживающего профессионального наружного ухода. Рекомендован динамический

осмотр через 6 месяцев с целью определения дальнейшей терапевтической тактики ведения.

Смешанный тип старения

Сочетает те или иные клинические признаки предыдущих типов старения. При осмотре выявляются: умеренно плотная кожа, умеренно развитая подкожная жировая клетчатка, умеренно развитые мышцы. В зависимости от жалоб пациентки и данных объективного обследования врач выстраивает программу индивидуальной коррекции. Кому-то в первую очередь для улучшения качества кожи следует предложить мезотерапевтический протокол; кому-то — аппаратные методы; у кого-то чередовать инъекционные и аппаратные методы. А в завершение курса по показаниям провести инъекционное моделирование участков липоатрофии различных анатомических

областей и эстетическую ботулинотерапию.

Клинический пример

Пациентка С., 56 лет. Обратилась с жалобами на повышенную сухость и дряблость кожи, «серый» цвет лица; выраженные отеки в области нижних век, преимущественно в утренние часы; потерю объема тканей лица в подглазничной и щечной областях, «западение» подбородка. Пациентка находится в периоде менопаузы. Профессиональная деятельность связана с частой сменой климатических поясов. Курит в течение 30 лет по 1 пачке сигарет в день. Аллергия по типу острой крапивницы на витамины С, В₃, В₆ и В₁₂, антибиотики пенициллиновой группы. Абсолютных соматических противопоказаний для проведения косметологических процедур нет. Проконсультирована гинекологом и эндокринологом. Получает заместительную гормональную терапию. Дважды годами ранее проходила курсы аппаратных методик, связанных с нагревом тканей, и получала инъекции БТА. Со слов пациентки, не считает результат проведенной коррекции удовлетворительным, так как после курса аппаратных процедур сухость и чувствительность кожи усилились, тонус и цвет не восстановились. После инъекций БТА беспокоили сильные головные боли и хмурое выражение лица. Возможность хирургической коррекции не рассматривает. Объективный статус: кожа сухая, тусклая, тонус резко снижен. В верхней трети лица наблюдается гипертонус лобной мышцы, статические морщины в области лба и межбровья,птоз латеральных отделов бровей, избытки кожи и грыжи нижних век. Деформация контуров скуловых, подглазничных, щечных и губоподбородочных областей. Под-

черкнутые пальпебралые и нососкуловые борозды. Умеренно выраженные малые мешки. Провисание тканей в нижней трети лица.

Диагноз: естественное старение лица по смешанному типу. Гипертонический тип мышечной активности, статические морщины верхней трети лица,птоз латеральных отделов бровей, грыжи нижних век. Гравитационныйптоз тканей лица и липоатрофия подглазничной, скуловой, щечной и губоподбородочной областей II–III степени (фото 5).

Тактика ведения пациентки

Первый этап. Для восстановления рельефа и контуров лица проведено объемное моделирование средней и нижней трети лица сверхплотными филлерами на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты.

Второй этап. Для улучшения качественных характеристик кожи (цвета, увлажненности, тонуса) проведен интенсивный курс мезотерапии с чередованием разных групп мезотерапевтических препаратов: цитоплазматическая терапия + классические биоревитализанты — 3 процедуры, 1 раз в 14 дней; далее пациентка переведена на группу пролонгированных биоревитализантов — 3 процедуры, 1 раз в месяц. Общее количество процедур интенсивного курса мезотерапии — 6. После третьей процедуры пациентка отметила, что кожа стала более гладкой, увлажненной, менее сухой и чувствительной, улучшился цвет лица.

Третий этап. Нюансное моделирование латеральных отделов бровей и области носогубного треугольника филлерами на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты средней плотности.

Результат. Значительное улучшение внешнего вида (фото 6).

Пациентка переведена на процедуры поддерживающего мезотерапевтического протокола теми же группами препаратов 1 раз в 3 месяца с постоянным использованием средств профессионального ухода за кожей в домашних условиях. Через год рекомендовано повторить объемное моделирование лица.

В заключение хотелось бы отметить, что мезотерапия по-прежнему остается наиболее эффективной методикой, которая в полной мере восстанавливает утраченный тонус, эластичность, увлажненность кожи, ее цвет и микрорельеф.

Однако при работе с пациентами возрастной группы 45+, у которых инволюционные изменения затрагивают не только эпидермис и дерму, но и более глубокие структуры лица, назначение этого метода в качестве монотерапии зачастую является недостаточным. Ситуацию может усугубить неграмотный выбор группы мезотерапевтических препаратов. В лучшем случае, это не оправдывает ожиданий пациента, в худшем — дискредитирует мезотерапию как метод. Систематизированное клиническое мышление, знание широкого арсенала методов и средств антивозрастной коррекции, развитый эстетический вкус позволят врачу-косметологу выбирать индивидуальные комбинированные протоколы эстетической геропротекции, где у одних пациентов мезотерапия будет являться базовым методом терапии, у других — важным дополнительным методом в комплексной программе коррекции возрастных изменений тканей лица. Такой подход к работе с группой 45 лет и старше повысит удовлетворенность пациентов результатами процедур и степень доверия к профессионализму доктора.

RI