

Индивидуальный сценарий объемного «старения» лица и его значение в инъекционной пластике

Е.Ф. Кольцова

дерматовенеролог, косметолог,
ведущий специалист учебно-
методического центра компании
«Мартинес Имидж» (Москва)

В настоящее время инъекционная пластика занимает одно из ведущих мест среди всех косметологических процедур. Занимаясь коррекцией объемов мягких тканей лица, для получения адекватных результатов специалист должен учитывать индивидуальные особенности возрастной анатомии пациента. Необходимые навыки и знания в этой области приобретаются на собственном опыте, как правило, с определенной долей неудовлетворительных результатов.

Десятилетний опыт работы в контурной пластике позволил нам систематизировать подход к выбору методик коррекции и оптимизировать подбор препаратов с учетом индивидуальных особенностей пациентов.

По нашим наблюдениям, исходя из нюансов имеющейся клинической картины и процессов формирования возрастных изменений, можно выделить три основных типа объемных изменений лица среди пациентов, обращающихся за процедурой инъекционной пластики:

- дискретно-атрофический тип с преимущественным дефицитом объема мягких тканей в периорбитальной и периоральной областях;
- объемно-перераспределительный (тяжелый) тип;
- опорно-атрофический (легкий) тип.

Надо отметить, что приведенная классификация построена с учетом изменений, которые происходят преимущественно в жировой клетчатке и связочном аппарате лица (см. **таблицу**). Перераспределение тонуса мышц и инволюционные изменения кожи могут присутствовать в той или иной степени у представителей всех типов. Однако именно анализ же объемных изменений жировой ткани является ключевым для определения стратегии и планирования тактики инъекционной коррекции возрастных изменений лица.

Дискретно-атрофический тип

Само название «дискретно-атрофический тип» указывает на неравномерность инволюционных процессов, которые сказываются преимущественным дефицитом объема тканей в периорбитальной и периоральной областях. Формирование указанных изменений происходит у пациентов обоего пола в разном возрасте, часто является наследственной особенностью и наблюдается у представителей всех поколений одной семьи (как женщин, так и мужчин), в том числе достаточно часто развивается как вариант нормы у молодых людей. Внешние факторы, такие как недостаток сна и отдыха, стресс, ограничительные режимы питания, острые заболевания приводят к формированию транзиторных проявлений или усугублению деформационных изменений, которые исчезают вскоре после прекращения действия неблагоприятного фактора и достаточного отдыха.

В некоторых случаях дискретно-атрофический тип с возрастом переходит в объемно-перераспределительный (тяжелый) тип, в других — остается неизменным.

Таблица

Характеристика основных сценариев объемного «старения» лица			
Характеристика	Типы структурных возрастных изменений лица		
	Дискретно-атрофический	Объемно-перераспределительный (тяжелый)	Опорно-атрофический (легкий)
Жировые компартменты	Уменьшен объем SOOF и поверхностной жировой клетчатки в периорбитальной области. В периоральной области уменьшение объема поверхностных нижнечелюстных и подбородочного компартментов	Общее увеличение объема жировой ткани	Общее уменьшение объема жировых компартментов лица, особенно височного и щечных
Тонус связочного аппарата лица	В норме или немного снижен	Снижен	Снижен
Мышцы	Нормотонус или средневыраженный гипертонус	Гипертонус	Гипертонус
Структура костей лица	Норма	Возрастная резорбция средней степени выраженности	Выраженная резорбция основных опорных структур — скулового отростка верхней челюсти, подбородочного выступа
Кожа	Нормальная или в состоянии дегидратации	Эластоз, склонность к куперозу	Выраженный эластоз, склонность к куперозу
Особенности микроциркуляции и лимфодренажа	В норме	Склонность к лимфостазу отекам, общая пастозность лица, нередко купероз	В норме или склонность к отеку век
Принципы выбора филлера на основе гиалуроновой кислоты для инъекционной пластики	Пластичные филлеры: HyalStyle Regular ($G'=83,071$ мПа) и RevitaJal Volume Thin ($G'=161,900$ мПа). В области слезной и нососкуловой борозд, при армирование периоральной области, заполнении губоподбородочных складок, восстановлении контура и объема губ — HyalStyle Smile ($G'=93,174$ мПа)	При коррекции скуловой, височной областей и подбородка используются плотные филлеры с высокими показателями эластичности: HyalStyle Forte ($G'=225,369$ мПа) и RevitaJal Volume Strong ($G'=770,810$ мПа). Для заполнения среднеглубоких линейных морщин возможно использование филлеров со средними значениями эластичности — RevitaJal Volume Medium ($G'=554,170$ мПа)	Филлеры с разной реологией в зависимости от зоны и цели коррекции: HyalStyle Regular, Smile, Forte, RevitaJal Volume Thin, Medium, Strong

Очевидно, что чаще всего по сценарию дискретно-атрофического типа развиваются возрастные изменения у пациентов с нормостеническим или гипостеническим типом сложения. Как мы уже указывали, отличительной особенностью внешнего вида таких пациентов является недостаток объема жировой клетчатки в периорбитальной и периоральной областях, что выражается формированием слезной и пальпобромаларной борозд, темных кругов под глазами, губоподбородочных складок, уменьшением объема губ. Линия Оджи (Ogee), как правило, деформируется в области пересечения с нососкуловой бороздой и в области подбородка.

Что касается кожи, то могут наблюдаться признаки дегидратации, а также сеть мелких морщин в мимически активных зонах — в области латерального кантуса глаза и периоральной.

Профилактика развития дискретно-атрофического типа изменения лица основывается на соблюдении рационального режима сна и отдыха (рис. 1). Еще один, на наш взгляд очень важный момент, — мимическая гимнастика с произвольным сокращением нижней и верхней порций круговой мышцы глаза, что способствует улучшению микроциркуляции и лимфооттока в периорбитальной области, препятствует формированию фестонов в проекции круговой мышцы глаза и поддерживает в тоне связочный аппарат.

Клинический опыт

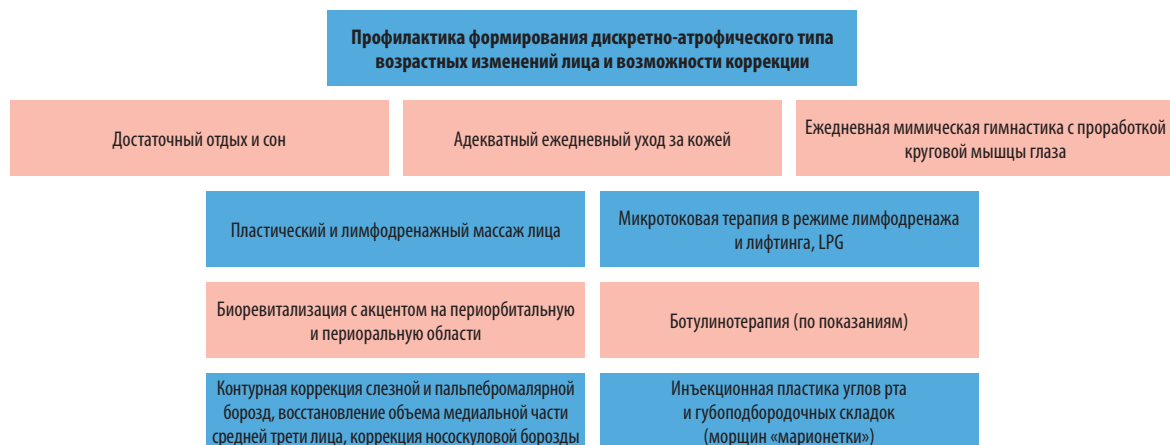


Рис. 1. Косметологические мероприятия для профилактики формирования дискретно-атрофического типа возрастных изменений лица и возможности коррекции

Инъекционная пластика при дискретно-атрофическом типе изменений заключается в глубоком супрапериостальном введении пластичных филлеров с низкими показателями эластичности и вязкости, например, HyalStyle Regular (Croma, Австрия), RevitaJal Volume Thin (IRA, Италия) для коррекции слезной и пальпобромалярной борозд и более плотных филлеров (например, HyalStyle Smile, RevitaJal Volume Medium) для коррекции нососкуловой борозды и периоральной области (**рис. 2**).

Объемно-перераспределительный (тяжелый) тип

К этому типу относятся пациенты гиперстенического телосложения со значительным увеличением объема мягких тканей за счет гипертрофии подкожной жировой клетчатки; каудальным смещением поверхностных жировых компартментов; ослаблением связочного аппарата лица; выраженными проявлениями гравитационногоптоза; нарушением микроциркуляции и лимфооттока. Как правило, у них наблюдаются малярные мешки, отеки верхнего и нижнего век,

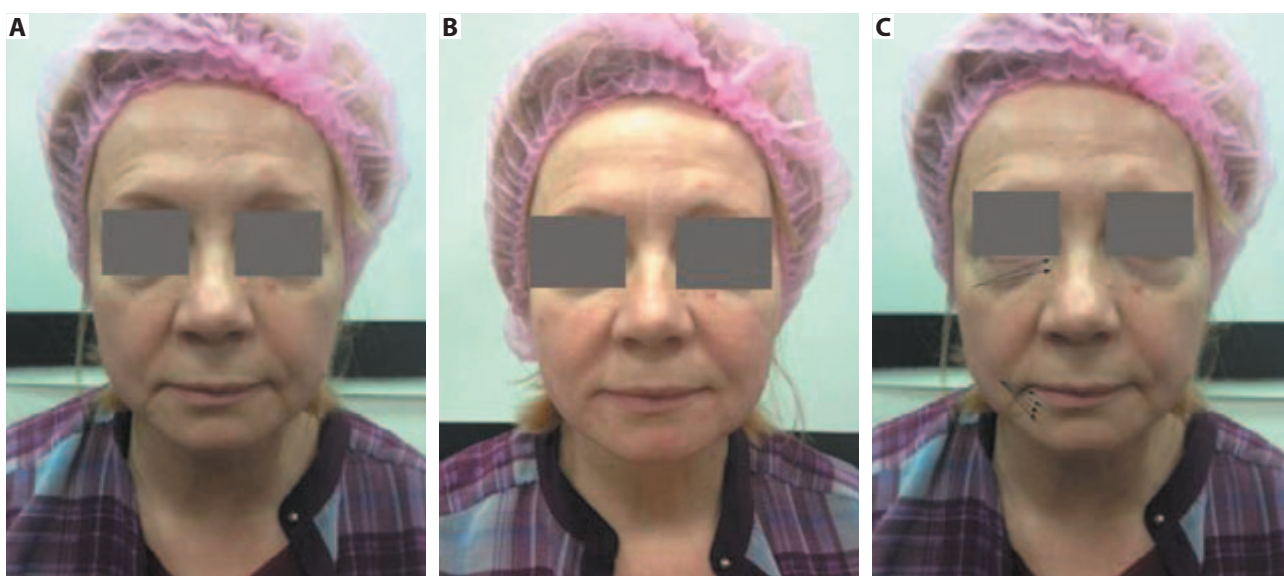


Рис. 2. Пациентка с дискретно-атрофическим типом старения лица. Клиническая картина до (А) и после (В) проведения инъекционной пластики; схема инъекций филлеров (С)

При проведении эстетической коррекции пациентке введен филлер HyalStyle Regular по 0,5 мл с каждой стороны в область носослезной борозды и по 0,5 мл в область морщины «марионетки» и углов рта.

а также общая пастозность лица. Одновременно может проявляться гипертонус мимических мышц, что у данного типа пациентов приводит к развитию более глубоких складок и усугубляет деформационные изменения.

Возрастные изменения кожи проявляются в виде эластоза, дерматохалазиса в области щеки. Глубокие складки, выраженные брыли, второй подбородок являются наглядными признаками формирования этого типа возрастных изменений.

В случае объемно-перераспределительного типа развития возрастных изменений проведению инъекционной пластики обязательно должны предшествовать подготовительные мероприятия. Например, восстановление объема скуловой зоны (с целью лифтинга) при наличии выраженного малярного мешка не имеет смысла, поскольку возможно усиление лимфостаза в этой области и еще большая визуализация смещенного жирового компартмента.

Как первый шаг, необходимо провести мезотерапию в области малярных мешков с использованием дренажных коктейлей, содержащих липолитики (рис. 3). В своей практике мы используем мезотерапевтический коктейль Целлюфейз (Mesotech, Италия). В его состав входят дренажные ингредиенты, способствующие уменьшению отека (экстракты дымянки аптечной, конского каштана, пульсатиллы), рутин, органический кремний, а также компоненты, активизирующие липолиз (кофеин и микроэлементы). Данная процедура позволяет существенно выровнять рельеф малярной области, уменьшить пастозность в периорбитальной зоне.

На следующем этапе проводится введение вязких филлеров с высоким показателем эластичности с целью создания лифтингового эффекта (например, HyalStyle Forte или RevitaJal Volume Strong). Препараты вводятся исключительно супрапериастиально.

Коррекция овала лица у пациентов с объемно-перераспределительным типом будет эффективной после предварительного инъекционного адипоцитолита в субментальной области с использованием препаратов дезоксихолата натрия, например Биолайна (Mesotech, Италия), Стабил-Q и Фосфатидилхолина (Quartz Cosmetics, Испания). При наличии противопоказаний к введению биодетергента проводятся инъекции в жировую ткань липолитических коктейлей: Целлюфейз (Mesotech), Целлюэкстракт (Quartz Cosmetics).

Введение липолитических коктейлей возможно и в жировую ткань, располагающуюся над носогубной складкой, а также в области брылей (препараты Целлюфейз, Мезотек).

Чтобы добиться выраженного лифтинга у пациентов с данным типом возрастных изменений, для инъекционной пластики целесообразно использовать



Рис. 3. Введение дренажного мезококтейля Целлюфейз (0,5 мл) в область малярных мешков



Рис. 4. Косметологические мероприятия для профилактики формирования объемно-перераспределительного (тяжелого) типа возрастных изменений лица и возможности коррекции



Рис. 5. Пациентка с объемно-перераспределительным (тяжелым) типом старения лица. Клиническая картина до (А) и после (В) проведения инъекционной пластики; схема инъекций филлеров (С)

При проведении эстетической коррекции пациентке введены филлеры: HyalStyle Regular по 0,5 мл с каждой стороны для коррекции морщин «марионетки» и HyalStyle Forte по 1 мл с целью объемной коррекции скул.

плотные филлеры, например RevitaJal Volume Strong. Суммарный объем вводимого филлера в среднем составляет 5–6 мл и более. Менее плотные препараты используются для коррекции выраженных дермальных морщин, например морщины дна носогубной складки.

Как правило, по предложенной схеме комплексная коррекция проводится в несколько этапов, но результат всегда удовлетворительный (рис. 4, 5).

Опорно-атрофический (легкий) тип

К этому типу относятся пациенты нормо- или гипостенического телосложения с клинической картиной значительной атрофии опорных структур лицевого отдела: уменьшение выраженности скулового отростка, подбородочного выступа, кривизны лба, увеличение угла нижней челюсти (обычно с возрастом он становится тупым и сглаживается, а акцентирование его происходит за счет атрофии мягких тканей), атрофия височной области, связанная с уменьшением объема поверхностной и глубокой ПЖК, атрофией костной основы. Деформационные изменения выражаются в уплощении лица в профиль и анфас, линия Оджи теряет свои характерные изгибы.

Формирование деформационных изменений лица также связано с гипертонусом мышечных пучков-маркеров старения (по К. Ле Луарну) и ослаблением связочного аппарата, что приводит к каудальному смещению жировых компартментов.

Профилактика формирования опорно-атрофического типа возрастных изменений лица и возможности коррекции

Адекватный ежедневный уход за кожей

Ежедневная мимическая гимнастика с проработкой круговой мышцы глаза

Ботулинотерапия

Биоревитализация, мезотерапия для укрепления дермы

Объемная пластика в области атрофии костной ткани скулового отростка, подбородочного выступа

Рис. 6. Косметологические мероприятия для профилактики формирования опорно-атрофического типа возрастных изменений лица и возможности коррекции

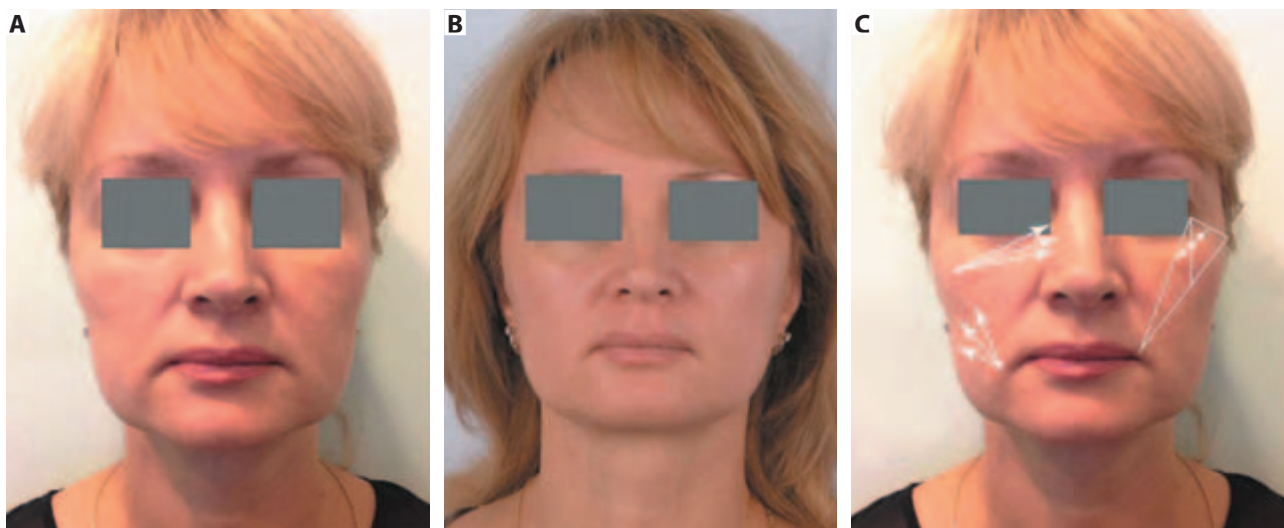


Рис. 7. Пациентка с опорно-атрофическим (легким) типом старения лица. Клиническая картина до (А) и после (В) проведения инъекционной пластики; схема инъекций филлеров (С)

При проведении эстетической коррекции пациентке введены филлеры: RevitaJal Volume Thin по 1,5 мл с каждой стороны для коррекции подглазничной области, RevitaJal Volume Medium по 1,6 мл для армирования нижней щечной области, RevitaJal Volume Strong по 0,8 мл для объемного моделирования скул.

У пациентов данного типа кожа обычно тонкая, часто сухая или обезвоженная, с выраженной мелкоморщинистой сетью, проявлениями эластоза, дерматогликолиза, что усугубляет картину деформационных изменений.

В области второго подбородка выраженность жировой клетчатки минимальна, но актуальными становятся изменения дермы в виде избытка кожи, а также слабый тонус кожи шеи.

Пациенты с опорно-атрофическим типом изменения лица — идеальные кандидаты на инъекционную пластику. Для обеспечения оптимального результата филлеры вводятся супрапериостально, создавая опору для мягких тканей лица. Воссоздание объемов скуловой и височной областей обеспечивает эффект выраженного лифтинга. Препараты выбора — филлеры плотные и средней плотности. Для создания объема щеки процедурой выбора является армирование филлерами низкой плотности (например, HyalStyle Regular, RevitaJal Volume Thin, Medium). В случае выраженного гипертонуса мимических мышц целесообразно на первом этапе коррекции провести ботулинотерапию; при выраженной дегидратации кожи — курс биоревитализации.

Заключение

Разработанная нами классификация сценариев возрастных изменений лица касается, в основном, изменения пропорций и рельефа лица за счет изменения объема жировой ткани и костных структур. При сопоставлении с классической классификацией морфотипов лица по И.И. Кольгуненко видно, что объемно-перераспределительный (тяжелый) тип во многом совпадает с деформационным типом старения, а вот дискретно-атрофический и опорно-атрофический типы в зависимости от клинической картины могут относиться как к усталому морфотипу, так и к мелкоморщинистому.

В нашем случае, повторимся, приоритет отдается именно объемным изменениям в соответствии с современной парадигмой трехмерного подхода к старению лица. Понимание индивидуальных особенностей сценария изменения/старения лица пациента в соответствии с предложенной типологией дает возможность выбора рациональной стратегии инъекционной коррекции и разработки тактики лечения. Все это позволяет добиваться оптимального результата и расширять спектр процедур, выполняемых в клинике.