

ОМОЛОДЖЕННЯ СЕРЕДНЬОЇ ТРЕТИНИ ОБЛИЧЧЯ



*Наталія Яковлева,
лікар-дерматокосметолог, провідний ви-
кладач спеціалізованого навчального
центру «Еколоджик»*

Молоде обличчя – це не лише гарний тонус шкіри й відсутність зморшок і складок. Це, насамперед, об'ємні контури. Звичайно, сучасна естетична медицина пропонує велику кількість способів відновлення втраченого об'єму. Однак ми зупинимось на одному – контурній пластиці, яка на сьогодні є основним малоінвазивним способом омолодження середньої третини обличчя.

Звіком риси обличчя, які визначають його молодість і привабливість, стають менш вираженими. Тому найпершим завданням фахівця є естетична оцінка старіння обличчя.

Донедавна основним у такій оцінці був анатомічний підхід, який передбачав поділ обличчя на третини й оцінку кожної із третин окремо. Однак цей метод має ряд недоліків, адже, наприклад, відповідно до нього носогубна складка належить одразу до двох третин: верхня – до середньої третини, а нижня – до нижньої. Це ж стосується й орбітальної ділянки: брови опиняються у верхній третині, а очі – в середній. Однак брови й очі становлять єдиний (принаймні, з естетичної точки зору) комплекс, що не можна не враховувати при корекції вікових змін в орбітальній ділянці.

Останніми роками фахівці стали розглядати обличчя з погляду тривимірного аналізу. Передумовами цього були нові анатомічні знахідки: жирові «відсіки» обличчя й зміна їхнього положення й об'єму з віком, поглиблене вивчення втрати об'ємів кісткової й хрящової тканини тощо, отримані методом комп'ютерної томографії. На основі цих даних учені й дійшли висновку, що старіння середньої третини обличчя обумовлено об'ємною деградацією.

ЗОНИ РИЗИКУ

Отже, перш за все, процеси старіння стосуються таких ділянок середньої третини обличчя:

- **Ділянка нижньої повіки** (фото 1–3)

У молодості нижня повіка характеризується гладкістю шкіри, відсутністю зморшок, депресій або опуклостей, а також відсутністю зони демаркації в ділянці переходу нижньої повіки в щоку. З віком septum орбіти втрачає свою еластичність, що призводить до

протрузії орбітального жиру й утворення гриж нижньої повіки. Орбітомалярна зв'язка, яка являє собою фіброзний тяж, що йде від краю очної щілини до шкіри в ділянці переходу нижньої повіки в щоку, послабляється, дозволяючи орбітальному жиру опускатися ще нижче, вносячи свій внесок у формування різкої межі між нижньою повікою і щокою. У деяких людей може спостерігатися втрата суборбітального жиру, що призводить до «скелетонізації» орбіти. Всі ці зміни ведуть до формування слізної й виличної борозен.

- **Ділянка щік і вилиць**

У цій ділянці основні зміни пов'язані із птозом і втратою об'єму жирової тканини. Згідно з даними Rohrich R.J., Pessa J.E. (The fat compartments of the face: anatomy and clinical implications for cosmetic surgery / Plast. reconstr. surg. – Vol. 119, 2219–2227, 2007) малярний жир розподіляється на три окремих відсіки: медіальний, середній і латеральний скронево-щічний. У молодості, при максимальному жировому наповненні малярної ділянки, ці три кишені сприймаються як цілісне утворення – як у прямій, так і в бічній проекції. По мірі старіння при деградації жирової тканини й птозі просторові взаємини змінюються, тому що старіння кожної з жирових кишень відбувається по-різному й незалежно від інших: опущення медіальної жирової кишені призводить до появи носогубної складки, опущення малярного жиру в ділянці латеральної орбіти в поєднанні з вищезгаданими періорбітальними змінами призводить до формування виличної борозни.

- **Ділянка носа**

Старіння носа характеризується здебільшого структурними змінами – підтримуючі кінчик носа структури стають малоеластичними, розтягуються, призводячи до його опущення.

МОЖЛИВОСТІ КОНТУРНОЇ ПЛАСТИКИ

Виходячи із цього, відновлення об'ємів можна вважати етіотропною anti-aging-терапією.

Відновлення об'ємів м'яких тканин, а також репозиція опущених ділянок може бути досягнута за допомогою об'ємної контурної пластики. Перевагами цієї методики є малоінвазивність, моментальний результат, короткий відновний період після процедури та безпечність.

Слізна борозна: техніка заповнення філерами

Оскільки шкіра орбітальної ділянки надзвичайно делікатна і тонка, треба бути обережним, щоб уникнути занадто поверхневого введення філера, тому що в такому випадку він буде візуально помітним. Хоча в цій ділянці можуть виконуватися підшкірні ін'єкції філерами низкою щільності (Kane M.A. Treatment of tear trough deformity and lower lid bowing with injectable hyaluronic acid / *Aesthetic Plast. Surg.* – 2005; 29:363–7), більш розповсюдженим є підхід до заповнення носослізної борозни, який полягає в глибоких супраперіостальних ін'єкціях.

Щоб уникнути перекручування реальної глибини складки, під час проведення ін'єкції пацієнт має перебувати в максимально вертикальному положенні (не більше 30° відхилення назад від вертикальної осі). Оцінка пацієнта обов'язково повинна супроводжуватися фотодокументуванням у прямій, бічній проекції та положенні $\frac{3}{4}$ без застосування «твердого» світла спалаху (спрямоване світло спалаху приховує зморшки, деформацію слізної борозни, грижі нижньої повіки).

Шкіра орбітальної ділянки обробляється антисептиком (у випадку застосування гіалуронової кислоти до складу антисептика не мають входити четвертинні солі амонію). Анестезія може бути аплікаційною («Емла» мінімум за 20 хвилин до ін'єкції) або провідниковою (блокада n. infraorbitalis). Перед безпосереднім проведенням ін'єкції початківці можуть виконати розмітку косметичним олівцем – маркується лінія проекції нижнього краю кісткової орбіти на шкіру, а також проекція точки виходу інфраорбітального нерва.

Одна з досить простих у технічному виконанні технік субперіостального заповнення слізної борозни була описана Bosniak S., Sadick N.S., Cantisano-Zilkha M., Glavas I.P., Roy D. (The hyaluronic acid push technique for the nasojugal groove / *Dermatol. Surg.* – 34:127–131).

Ця техніка передбачає проходження таких етапів:

- При виконанні ін'єкції шкіра стабілізується допоміжною рукою.
- Перша ін'єкція препарату виконується в латеральній частині слізної борозни, голка вводиться глибоко, препарат вводиться супраперіостально, паралельно кістковій границі орбіти. Кількість препарату, яка вводиться за один укол – приблизно 0,25 мл.
- Далі виконується натиснення на введену кульку препарату й рівномірний розподіл її вздовж носослізної борозни в медіальному напрямку.
- Введення наступної порції препарату виконується в медіальну частину борозни аналогічним чином, дотримуючись особливої обережності, щоб не зачепити інфраорбітальний нервово-судинний пучок.
- Наступне моделювання препарату виконується у верхньомедіальному напрямку до носової кістки. Щоб уникнути гематом, для зменшення набрякlosti й гіперемії можна використовувати холод протягом п'яти хвилин.
- Після завершення процедури знову проводиться фотографування.
- Контрольний огляд здійснюється через 7–14 днів після процедури. Оцінюється рівномірність заповнення слізної борозни й адекватність введеного об'єму. За необхідності проводиться корекція.

Вилична ділянка: техніка заповнення філерами

Заповнення філерами малярної ділянки використовується для збільшення об'єму виличної ділянки, корекції малярної борозни, збільшення ширини обличчя в середній третині. Крім того, об'ємне наповнення виличної ділянки забезпечує латеральний ліфтинг, одночасно даючи можливість зменшити глибину носогубної складки. Для цього найкраще підходять філери високої й дуже високої щільності. Відновлення об'єму малярної ділянки вимагає більших об'ємів препарату (від 1 до 3 мл препарату з кожного боку) для одержання бажаного результату. Дуже важливо, щоб пацієнт мав реальні очікування від процедури й розумів, що філери можуть відновити втрачений з віком об'єм і баланс, але не змінять риси обличчя повністю, а також те, що після досягнення оптимального результату об'ємна контурна пластика вимагає підтримуючих ін'єкцій.

Ретельна оцінка пацієнта також здійснюється у вертикальному положенні. Для забезпечення симетричності ін'єкцій варто виконати розмітку. Орієнтирами розмітки можуть служити вну-

трішній і зовнішній кантус, кут рота, козелок, основа носа. Для знеболювання може застосовуватися аплікаційна, інфільтраційна, провідникова анестезія, або їхнє поєднання.

Для цієї ділянки описані дві основних техніки ін'єкції:

- Техніка окремих уколів, при якій філер вводиться у вигляді кульок. Вона менш травматична, менш болісна й може проводитися під аплікаційною анестезією.
- Віялова техніка – більш травматична й болісна, тому припускає провідникову або інфільтраційну анестезію.

При застосуванні інфільтраційної анестезії доцільно використовувати поєднання анестетика з вазоконстриктором – це зменшує ризик утворення гематом. З другого боку, інфільтраційна анестезія сама по собі збільшує об'єм тканин і може приховувати ступінь об'ємної деградації тканин. Блокада підчочномкового нерва не призводить до об'ємного переважання тканин, але не забезпечує додаткової вазоконстрикції й не завжди добре переноситься пацієнтом. В остаточному підсумку, індивідуальний підбір методу анестезії визначається на розсуд лікаря.

При віяловій техніці ін'єкції виконуються горизонтально вздовж виличної кістки субдермально або супраперіостально. Точки уколу можуть розташовуватися одна навпроти одної. У цьому випадку перший укол виконується в найвищій точці вилиці, вектор ін'єкції спрямований в бік носа. Слід стежити, щоб ін'єкції виконувалися нижче рівня орбіти. Для цього можна використовувати пальпаторний контроль. Дру-

гий укол здійснюється в ділянці носогубної складки, поблизу крила носа і йде в протилежному напрямку, ніби дзеркальне відбиття першої правильної ін'єкції (Herve Raspaldo. Volumizing effect of a new hyaluronic acid sub-dermal facial filler: A retrospective analysis based on 102 cases / Journal of Cosmetic and Laser Therapy. – 2008. – Vol. 10. – №3. – P. 134–142).

Інший варіант – розташування двох точок уколу в ділянці виличної дуги й формування взаємно перехресних віялових ін'єкцій (Murad A., Jeffrey S. Dover. Procedures in cosmetic dermatology series: Non-surgical skin tightening and lifting. – P. 96–98).

При використанні техніки окремих уколів голка вводиться перпендикулярно або майже перпендикулярно до поверхні шкіри, потім акуратно вводиться препарат. Ін'єкції виконуються також уздовж виличної дуги, по прямій лінії або дещо відхиляючись від неї (залежно від ділянки локалізації депресії). На завершення процедури виконується легкий масаж для рівномірного розподілу препарату й створення натурального вигляду.

Після оцінки пацієнта вирішується питання про необхідність введення філера в ділянку носогубної складки. При корекції носогубної складки особливу увагу варто приділити її верхній третині. В ділянці періаліярного трикутника, де потрібна основна корекція об'єму, може використовуватися техніка горизонтальних і вертикальних віял, мета якої – розмістити препарат у різних шарах дерми й субдермально.

Ця техніка може бути доповнена технікою окремих уколів. Для заповнення

використовуються філери з високою щільністю. Нижні дві третини носогубної складки в основному заповнюються лінійно ретроградно з використанням різних модифікацій цієї техніки (папороть тощо), залежно від глибини тут можуть застосовуватися філери високої й середньої щільності.

Корекція носа: техніка введення філерів

Ін'єкції навколо носа дуже болісні, тому попередньо проводиться блокада.

Препарат вводиться в ділянку кінчика носа, щоб усунути його вікове опущення. Більш виражене підняття кінчика носа може бути досягнуте за допомогою ін'єкцій філера в основу передньої носової ості. Це допомагає відкрити носогубний кут до 110° (Mauricio de Maio. The minimal approach: An innovation in facial cosmetic procedures / Aesth. Plast. Surg. – 28:295–300, 2004). Ін'єкції філерів для ліфтингу кінчика носа добре поєднуються із застосуванням ботулотоксину.

Отже, контурна пластика справді є малоінвазивною альтернативою пластичній хірургії. Ефективність і переваги цієї процедури доведені стрімким зростанням її популярності серед лікарів і пацієнтів. Завдяки швидкості проведення, відносній безпечності, відсутності відновного періоду контурну пластику можна вважати відносно новим нехірургічним напрямком, який дослівно перекладається як «мінімальний підхід» до омолодження, що повною мірою відображає роль цього методу в естетичних anti-aging-програмах. ■



Фото 1. Носослізна борозна (1), вилицева борозна (2), опущення медіального жирового карману (3)

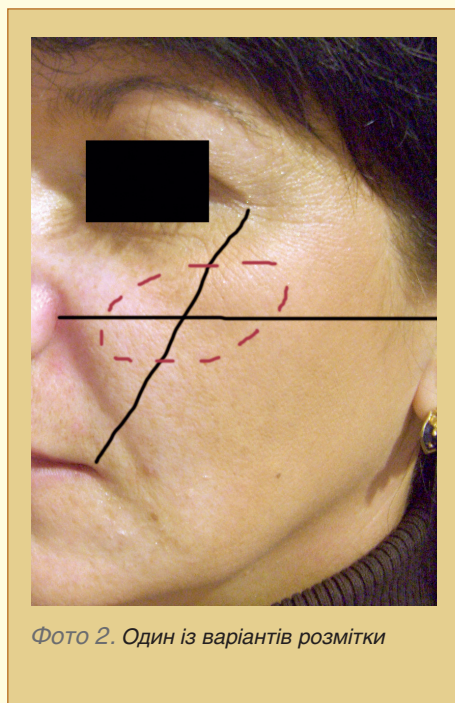


Фото 2. Один із варіантів розмітки

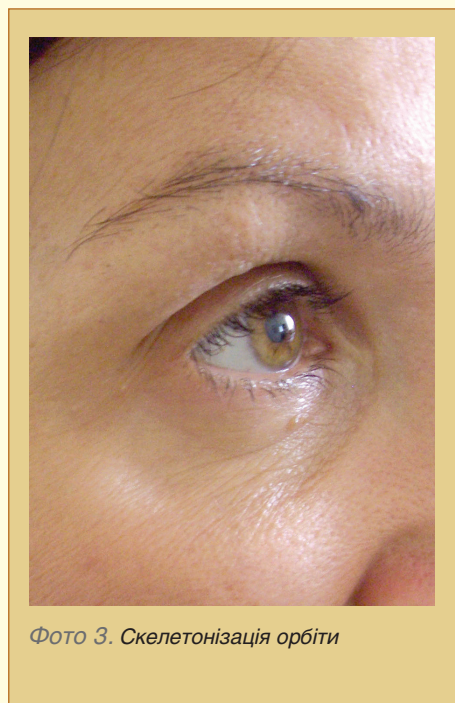


Фото 3. Скелетонізація орбіти