



Полина ЛАЙТЕР
 косметолог, специалист в области
 восстановительной косметологии
 и естественного омоложения лица и шеи,
 автор метода функциональной эстетической
 реабилитации тканей лица и шеи
 «Послойная терапия Reface Laitlift System»
 (Израиль)

БИОМЕХАНИКА ЛИЦА: МЫСЛИМ СИСТЕМНО

ЧАСТЬ 2

В статье рассматриваются нарушения окклюзии челюстей как биомеханическая причина преждевременного старения лица и шеи. Внимание уделяется анатомическим и биомеханическим ориентирам, помогающим распознать и объяснить признаки преждевременного старения лица и шеи с точки зрения нарушения окклюзии челюстей. Обсуждается вопрос, с чего начинать эстетическую коррекцию

«Рост скелетных структур не является первичной морфогенетической основой мягких тканей, скорее, функциональность мягких тканей имеет определяющее значение в росте структур скелета».

*Джеймс Е. Карлсон,
 DDS «Физиологическая окклюзия»*

Когда ко мне обращаются с вопросом о том, с чего следует начинать эстетическую коррекцию преждевременного старения лица и шеи, то я всегда отвечаю, что, безусловно, со специфических проявлений функциональных расстройств в зубочелюстно-лицевой системе. Опираясь на свой многолетний практический опыт, могу сказать, что в огромном большинстве случаев именно они предшествуют или сопровождают развитие преждевременного старения лица и шеи.

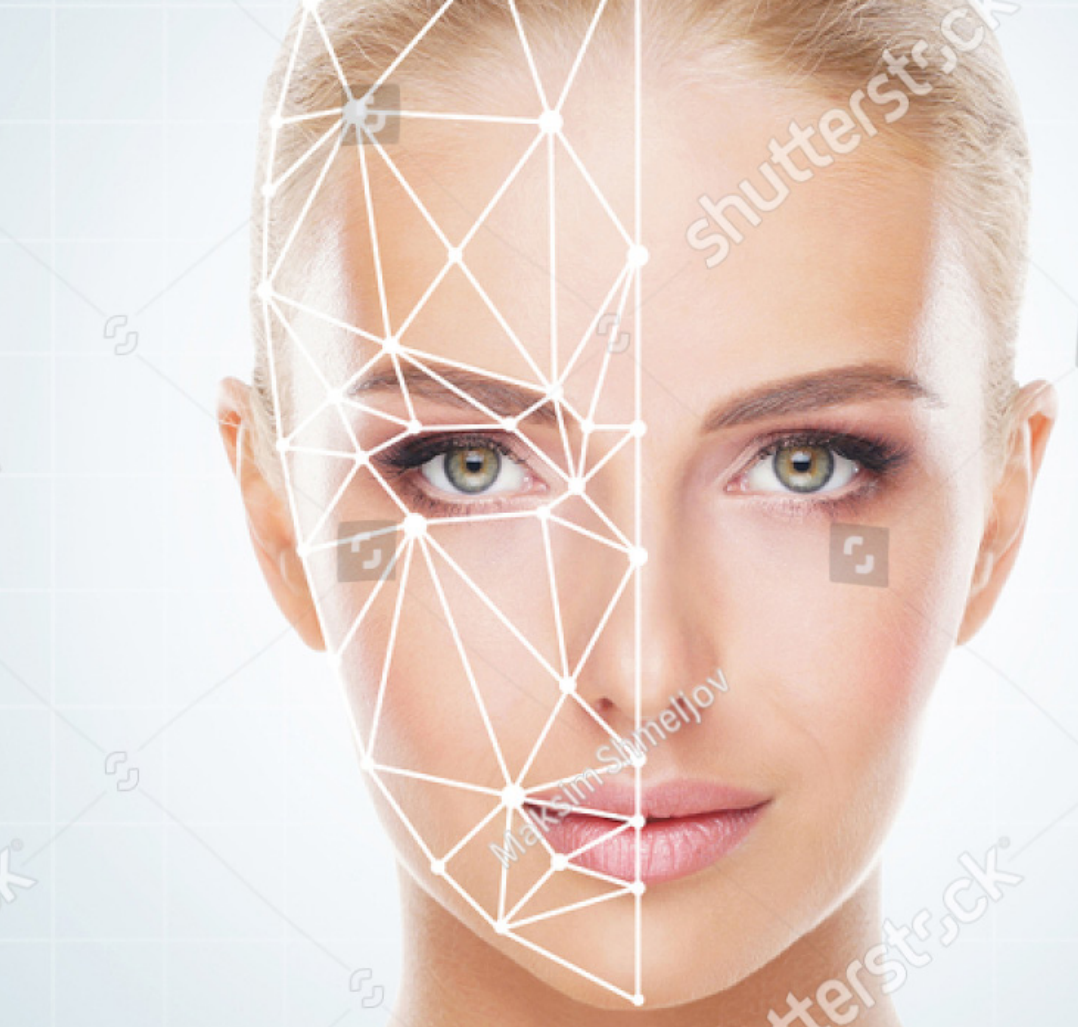
ЗУБОЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ СИСТЕМА

Функционирует в результате сложного взаимодействия костей черепа (в том числе верхней и нижней челюстей), зубов, височно-нижнечелюстных суставов, связочного аппарата, мышц лица, головы, шеи, плечевого пояса, сосудистой системы, центральной и периферической нервной систем. Свободное, без затруднений, движение и взаимодействие всех этих структур является признаком нормы.

Эстетические деформации в области лица, связанные с функциональными расстройствами в зубочелюстно-лицевой системе, можно условно разделить на две группы: деформации, видимые анфас, и деформации, видимые в профиль.

В анфас определяются следующие эстетические деформации:

- асимметрия лица;
- изменение формы и величины носа (спинки, кончика);
- выраженность или сглаженность носогубных складок;
- нарушение формы и величины каждой губы, изменение размеров ротовой щели;
- наличие точечных углублений на подбородке;
- морщины в области углов рта;
- провисание дна полости рта (наличие кожной складки, так называемого двойного подбородка);
- оттопыренные уши и нарушение их положения в вертикальном направлении;
- «укороченная» шея;
- горизонтальное формирование лицевого скелета.



В мимических движениях лица в той или иной мере участвуют около ста мышц. Мышцы, которые «помогают» друг другу в формировании какого-либо движения, называются синергистами. Мышцы, производящие движения в противоположных направлениях, – антагонистами

В профиль заметны следующие эстетические деформации:

- резко выпуклое («птичье») или вогнутое лицо;
- диспропорциональные соотношения верхней, средней и нижней третей лица;
- уменьшение вертикального объема нижней трети лица;
- вертикальное формирование лицевого скелета.

Состояния в зубочелюстно-лицевой системе, свидетельствующие о функциональных расстройствах и сопровождающиеся вышеперечисленными признаками, – это:

- дыхание через рот;
- несмыкание губ в покое;
- нарушенная артикуляция отдельных звуковых фонем, гнусавость голоса;
- неправильное положение языка;
- быстрое или замедленное жевание;
- нарушение функции височно-нижнечелюстных суставов;
- появление вредных привычек (сосание или прикусывание губ, щек, языка, различных предметов);
- парафункции мышц губ, щек, языка, жевательных мышц;

- бруксизм, кличинг;
- смещение нижней челюсти при широко открывании рта или смыкании зубных рядов;
- мышечный дисбаланс лица, шеи и плечевого пояса.

Разделим зубочелюстно-лицевую систему на два миофункциональных объединения: мимическое и окклюзионное. Эти объединения являются областью головы и шеи, которые характеризуют внешний вид человека.

МИМИЧЕСКОЕ МИОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ

Мышцы лица делятся на три группы: мимические, жевательные и мышцы внутренних органов (мягкого неба, языка, глаза и среднего уха).

В отличие от других мышц мимические одним концом прикрепляются к костным образованиям, другим – к коже или слизистой оболочке. Каждая мышца в области ее прикрепления в той или иной мере утрачивает свою обособленность: ее пучки переплетаются с пучками других мышц. Сокращаясь,

они вызывают образование складок кожи, раскрывают или смыкают веки, губы, изменяют просвет ноздрей. В мимических движениях лица в той или иной мере участвуют около ста мышц. Мышцы, которые «помогают» друг другу в формировании какого-либо движения, называются синергистами. Мышцы, производящие движения в противоположных направлениях, – антагонистами.

Мимическое миофункциональное объединение состоит из трех биомеханических комплексов: лобно-орбитального, носо-верхнечелюстного и ротового.

Функциональная анатомия мышц мимического объединения

Лобная мышца

Функция: поднимает брови и формирует горизонтальные складки лба при эмоции удивления.

Круговая мышца глаза

Функция: опускает верхнее и поднимает нижнее веко, зажмуривает глаз.

Круговая мышца глаза и лобная мышца являются антагонистами.

В основе всех патологий прикуса лежат неправильное положение языка и вертикальный рост лицевого скелета

Мышца гордецов

Функция: сдвигает брови вниз и навстречу друг другу (нахмуривание) и формирует вертикальные складки у переносицы.

Мышца, сморщивающая бровь

Функция: сдвигает брови вместе.

Большая и малая скуловые мышцы

Функция: оттягивают углы рта вверх и наружу при улыбке. Формируют носогубную складку и «морщинки улыбки» возле углов рта.

Мышца смеха

Функция: растягивает углы рта кнаружи и формирует ямочки на щеках при улыбке.

Мышца, опускающая угол рта

Функция: оттягивает углы рта книзу. Активируется при большинстве отрицательных эмоций.

Круговая мышца рта

Функция: вытягивает губы вперед, сжимает губы и сдвигает углы рта к срединной линии.

Скуловые мышцы и мышца смеха являются антагонистами круговой мышцы рта и мышцы, опускающей угол рта.

Мышца, поднимающая верхнюю губу и мышца, опускающая нижнюю губу

Функция: поднимает верхнюю и опускает нижнюю губу соответственно.

Мышца, поднимающая верхнюю губу, и мышца, опускающая нижнюю губу, являются антагонистами круговой мышцы рта.

Подбородочная мышца

Функция: приподнимает подбородок при разочаровании, сомнениях

и некоторых других отрицательных эмоциях.

Поверхностная мышца шеи

Функция: активируется при испуге, отращении и некоторых других отрицательных эмоциях.

ОККЛЮЗИОННОЕ МИОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ

Окклюзионное миофункциональное объединение представляет собой нижне-челюстной комплекс, в который входит не только группа жевательных мышц, которые прямо влияют на расположение нижней челюсти, но и мышцы, опосредованно влияющие на нее. Например, мышцы шеи и плечевого пояса.

Жевательные мышцы образуют особую группу мышц, обеспечивающих движение нижней челюсти в височно-нижнечелюстном суставе. Жевательные мышцы, как и все скелетные мышцы, парные.

Жевательные мышцы фиксированы на нижней челюсти. Сокращение этих мышц обуславливает поднятие опущенной нижней челюсти, плотное сжатие зубов, боковое смещение нижней челюсти, задвигание ее назад и выдвигание вперед. К наружным покровам обращены лишь собственно жевательная мышца, покрывающая наружную поверхность ветви нижней челюсти от скуловой дуги до ее угла, и височная мышца, занимающая область височной ямки, тогда как к внутренним – латеральная и медиальная крыловидные мышцы. Выключение жевательных мышц при положительных эмоциях и в стрессовых ситуациях сопровождается опусканием нижней челюсти, что свидетельствует об участии жевательных мышц в мимике.

Функциональная анатомия жевательных мышц

Височные мышцы

Функция: поднимает нижнюю челюсть, передние пучки тянут челюсть кверху кпереди, задние – кзади.

Жевательные мышцы

Функция: поднимают нижнюю челюсть.

Мышцы, опускающие нижнюю челюсть

Челюстно-подъязычная (диафрагма полости рта)

Функция: поднимает подъязычную кость, а при фиксированной подъязычной кости опускает нижнюю челюсть.

Переднее брюшко двубрюшной мышцы

Функция: опускает нижнюю челюсть, тянет ее кзади. При фиксированной нижней челюсти поднимает подъязычную кость.

Заднее брюшко двубрюшной мышцы Щитоподъязычная

Функция: поднимает подъязычную кость, а при фиксированной подъязычной кости опускает нижнюю челюсть.

Мышцы, выдвигающие и смещающие нижнюю челюсть в противоположную сторону

Латеральные и медиальные крыловидные мышцы

Функция: при одностороннем сокращении смещают нижнюю челюсть в противоположную сторону, при двустороннем – выдвигают вперед.

Функциональная анатомия мышц языка

Мышцы языка подразделяются на собственные мышцы языка, функция которых заключается в изменении формы языка, и скелетные мышцы, функция которых заключается в изменении положения языка. Так как, по мнению Джона Мью (1996), в основе всех патологий прикуса лежат неправильное положение языка и вертикальный рост лицевого скелета, то нас будут интересовать мышцы, участвующие в процессе глотания. А это скелетная группа мышц языка.

Шилоязычная мышца (*musculus styloglossus*) начинается на шиловидном отростке височной кости и шилонижне-челюстной мышцы, вплетается в корень языка.

Функция: тянет язык вверх и назад.

Подбородочно-язычная мышца (*musculus genioglossus*) начинается на подбородочной ости нижней челюсти и вплетается в корень языка.

Функция: тянет язык кпереди.

Подъязычно-язычная мышца (*musculus hyoglossus*) начинается от подъязычной кости, входит в толщу корня языка, переплетаясь с волокнами других мышц.

Функция: тянет язык назад и вниз, опускает при этом надгортанник, чтобы закрыть гортань при глотании.

ОККЛЮЗИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ

Окклюзия челюстей – это динамическая функциональная система, предназначенная для жевания, артикуляции, глотания. К ней относятся все структуры, которые в большей или меньшей степени влияют на эти процессы. А это не только мышцы, но и костные структуры черепа и шеи, а также височно-нижнечелюстные суставы и зубы (рис. 1).

Основой окклюзии и важной костью лицевого скелета является верхняя челюсть.

Верхняя челюсть – это стационарная и парная кость, входящая в состав верхнечелюстной дуги, располагающаяся в центре лицевого черепа и соединяющаяся с его костями. Несмотря на значительный объем, верхняя челюсть очень легкая, так как в ее теле находится полость – гайморова пазуха.

К факторам, влияющим на формирование верхней челюсти, относятся:

- неправильное положение и функционирование мышц языка (например, давление на зубы, а не на верхнее небо);
- неправильное привычное положение во сне (на одном боку или с подложенной под щеку рукой);
- суженный объем дыхательных путей (ротовое дыхание);
- вредные привычки (например, сосание пальца, позднее сосание соски);
- родовая травма;

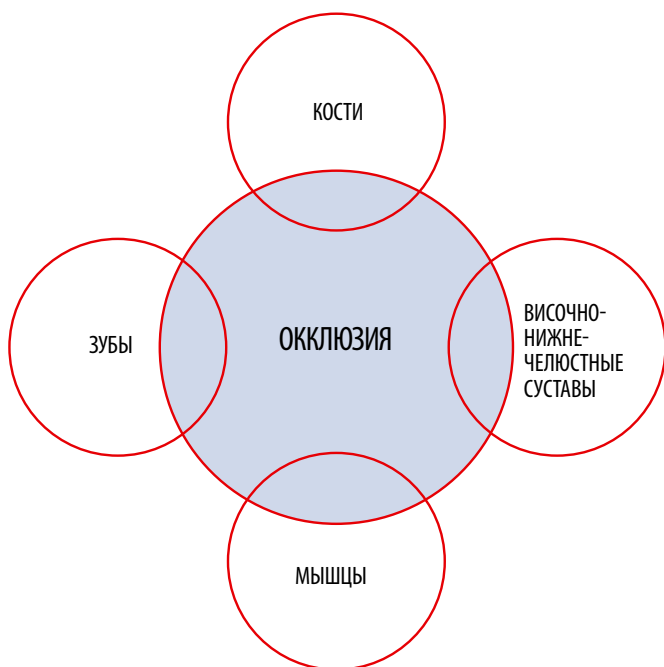


Рис. 1. Структура окклюзии челюстей



- врожденные аномалии;
- травмы;
- недостаточное количество твердой пищи;
- некачественное ортодонтическое лечение.

Как основной компонент зубочелюстно-лицевой системы, верхняя челюсть оказывает большое влияние на пространственное расположение, форму и функцию костей черепа, в частности костей основания черепа. Верхняя челюсть и смежные кости могут изменять свою форму под действием окружающих мягких тканей. Зубы и челюсти находятся в прямой зависимости от баланса мягких тканей лица.

Размер, форма и расположение верхней челюсти напрямую определяет положение носа, глаз, скул, неба, верхних зубов и нижней челюсти.

Выдвинутая вперед и вверх верхняя челюсть обеспечивает свободное движение нижней челюсти во всех направлениях и отвечает за формирование средней зоны лица. Такое формирование лицевого скелета называется горизонтальным.

Вперед и вверх верхнюю челюсть выталкивает давление, создаваемое правильным положением языка на небе и взрослый (неинфантильный) тип глотания.

Глотание – очень короткая интенсивная фаза, в которой челюсти стабилизируют череп. Эта фаза важна, потому что в ней разгружается и распределяется по зубным рядам сила жевательных мышц.

Расположение нижней челюсти является одним из главных структурных компонентов в физиологии и важнейшим фактором, влияющим на состояние общего здоровья

Если верхняя челюсть не получает постоянной силы приложения мышц языка изнутри, то постепенно она будет опускаться и блокировать нижнюю челюсть кзади. Визуально такое лицо будет выглядеть уплощенным, с «падающим» овалом лица, одутловатыми щеками, мешками под глазами и обвисающим подбородком. Тогда такое формирование лицевого скелета будет называться вертикальным.

В большинстве случаев опускание верхней челюсти является не генетической предрасположенностью, а следствием процессов, при которых не развиваются мышцы ротового аппарата человека в достаточной степени, включая силу глубоких мышц языка и его правильное положение во рту.

Нижняя челюсть – единственная подвижная кость лицевого скелета, которая крепится к неподвижным костям черепа при помощи мышц и связок. Это непарное подковообразное образование, состоящее из двух симметричных половин, срастающихся полностью к концу первого года жизни.

Нижняя челюсть – это сложная, самая большая и прочная кость лицевого скелета. В норме нижняя челюсть хорошо развита, симметрична и представляет собой несущую основу для нижнего ряда зубов. Расположение нижней челюсти является одним из главнейших структурных компонентов в физиологии и важнейшим фактором, влияющим на состояние общего здоровья.

Движения нижней челюсти обеспечиваются сложнейшей нейромышечной координацией и контролем 138 мышц и зависят от любого нарушения в их работе.

Нижняя челюсть оказывает значительное влияние на поструральное равновесие тела через височно-нижнечелюстные суставы, систему подъязычной кости, атлантозатылочный сустав и мышцы, активизирующие эти суставы.

Как это происходит?

- У нижней челюсти всего одна опора – жевательные зубы. Для идеальной окклюзии они должны фиксировать положение челюсти в пространстве в трех взаимно перпендикулярных

плоскостях: горизонтальной, фронтальной и сагитальной.

- Поддержка спереди черепу оказывается нижней челюстью в фазе полного смыкания зубов, при осуществлении глотательных движений.
- Деформации верхней челюсти препятствуют достижению нижней челюстью оптимальных размеров, формы и положения. Если верхняя челюсть не получает постоянной силы приложения мышц языка изнутри, то постепенно она будет опускаться и блокировать нижнюю челюсть кзади.
- Череп кзади поддерживается у основания первого шейного позвонка мышечными силами, которые определяют и контролируют движение нижней челюсти, поэтому любое отклонение нижней челюсти скажется на расположении первых двух шейных позвонков и на позвоночном столбе в целом.
- Задвинутая назад нижняя челюсть запустит процесс опускания черепа вперед.
- Если череп опустится вперед (и, возможно, дополнительно наклонится в одну из сторон), то он потеряет свой центр тяжести.
- Чтобы справиться с этим, человеческий организм начнет искать новый центр тяжести, создавая компенсационные механизмы по всему телу.
- Эти компенсационные механизмы выражаются в дисбалансе мышц шеи и плечевого пояса, ведущем к изменениям в позвоночнике (сколиоз, гиперлордоз, гиперкифоз).

Если челюсть смещена или деформирована, то зубы всегда будут компенсаторно подстраиваться под эти «перекосы», изменяя свое положение и форму зубных рядов, так как положение зубов зависит от размеров челюстей и от их позиции.

Различают правильное и неправильное (патологическое) пространственное расположение челюстей и зубов (прикус). Впервые упорядочил множественность видов различных патологий прикуса Angle. К типам неправильного прикуса по Angle относят глубокий, открытый, дистальный, мезиальный и перекрестный.

Рассмотрим внешние эстетические проявления некоторых из неправильных прикусов.

ГЛУБОКИЙ ПРИКУС

В норме верхние зубы должны перекрывать нижние на 1/3 длины коронки нижних зубов. Если же верхние зубы перекрывают нижние более чем на половину их длины, то такой прикус считается глубоким (фото 1). Лицо при таком прикусе имеет недостаточную высоту снизу, нижняя губа часто выворачивается наружу, так как ей не хватает места.

Если обладатель глубокого прикуса имеет не очень высокий лоб, то лицо выглядит очень мелким, если же лоб достаточно высок, то становится заметной диспропорция верхней части лица относительно нижней. Лицо при таком прикусе имеет недостаточную высоту, нижняя губа часто выворачивается наружу, так как ей не хватает места.

Глубокий прикус – это аномалия прикуса во фронтальной плоскости. Чтобы избежать выворачивания нижней губы, зачастую пациент губы поджимает. При этом они кажутся тонкими, что еще более визуально уменьшает лицо и четкость угла нижней челюсти и увеличивает проявление подбородочной складки.



Фото 1. Глубокий прикус

ДИСТАЛЬНЫЙ ПРИКУС

Это одна из очень распространенных аномалий, которая заключается в излишне развитой верхней челюсти или же недоразвитой нижней челюсти, характеризуется тем, что верхние передние зубы выдвинуты вперед по отношению к нижним (фото 2). Дистальный прикус – это аномалия прикуса в сагиттальной плоскости.



Фото 2. Дистальный прикус

Внешние эстетические проявления дистального прикуса:

- укороченная нижняя треть лица;
- избыток мягких тканей в нижней зоне лица и нехватка опорных структур и костных контуров;
- с детского возраста присутствует одуловатость лица, округлость форм, пастозность, отечность, бледность кожи;
- лицо не имеет четких контуров подбородка и углов челюсти;
- быстрое старение нижней трети лица;
- «брылы»;
- подбородочные складки;
- невыраженный подбородок;
- нечеткий угол челюсти.

МЕЗИАЛЬНЫЙ ПРИКУС. ТЯЖЕЛЫЙ ПОДБОРОДОК

Мезиальный прикус характеризуется тем, что вперед выступает нижняя челюсть. Нарушение только в одном из боковых отделов проявляет себя в асимметрии черт лица. При мезиальном прикусе эстетические изменения лица более выражены в средней и верхней зонах лица (фото 3).

Мезиальный прикус – это аномалия прикуса в сагиттальной плоскости.

Внешние эстетические проявления мезиального прикуса:

- фиксирование мягких тканей подбородочной зоны в растянутом состоянии, что уменьшает их провисание;



Фото 3. Мезиальный прикус

Движение нижней челюсти контролируют височно-нижнечелюстные суставы, поэтому положение нижней челюсти относительно черепа играет главную роль в дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

- отечность в верхней и средней зоне лица – в виде мешков под глазами и носогубных складок;
- контур нижней челюсти и подбородка визуализируется очень четко, но профиль при этом получается вогнутый;
- средняя зона лица – утопленная, западающий маленький рот, опускающийся кончик носа;
- височно-нижнечелюстной сустав испытывает повышенное напряжение, что также заставляет напрягаться мышцы шеи;
- на углубление носогубных складок и западение рта влияют возрастная резорбция костей, которая наиболее сильно затрагивает верхнюю челюсть и усугубляется мезиальным прикусом.

ПЕРЕКРЕСТНЫЙ ПРИКУС (НОЖНИЦЕОБРАЗНЫЙ)

При перекрестном прикусе недоразвита одна или обе стороны верхней или нижней челюсти, зубные ряды пересекают друг друга, что приводит к нарушению процесса жевания (фото 4). Частой причиной перекрестного прикуса может быть передне-задняя травма головы.

Перекрестный прикус – это аномалия соотношения челюстей, проявляющаяся несоответствием зубных рядов в горизонтальной плоскости.

Внешние эстетические проявления перекрестного прикуса – слабое развитие одной из сторон любой челюсти,

Главной причиной возникновения дисфункций височно-нижнечелюстных суставов является постоянная микротравма, вызванная изменением тонуса мышц жевательной группы



Фото 4. Перекрестный прикус

смещение подбородка в ту или иную сторону, различные варианты асимметрии лица.

ОТКРЫТЫЙ ПРИКУС

Открытый прикус характерен тем, что передние или боковые зубы не смыкаются, образуя между собой щель (фото 5). Открытый прикус – это вертикальная аномалия прикуса.

Внешние эстетические проявления открытого прикуса:

- если щель образуется в переднем отделе, то рот всегда остается приоткрытым;
- если щель (или щели) возникает между боковыми зубами, то нарушается симметрия лица или появляются впадины щек, схожие с впадинами при отсутствии зубов;
- в попытке держать рот закрытым подбородок будет выглядеть напряженным и скошенным.

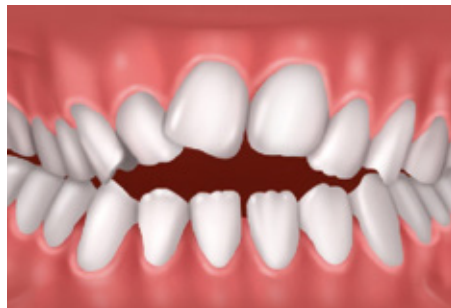


Фото 5. Открытый прикус

Движение нижней челюсти контролируют височно-нижнечелюстные суставы, поэтому положение нижней челюсти относительно черепа играет главную роль в дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.

ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ

Центром равновесия тела и одним из самых подвижных, сложных и наиболее задействованных суставов в организме человека является височно-нижнечелюстной сустав. Он состоит из суставной ямки, суставной головки и находящегося между ними суставным диском.

Каждый раз, когда мы принимаем пищу и разговариваем, височно-нижнечелюстной сустав приходит в движение. То же самое происходит и при глотании: примерно каждые 60 секунд он приходит в движение.

На этом суставе нижняя челюсть как бы «подвешена» к верхней челюсти.

Принято считать, что главной причиной возникновения дисфункций височно-нижнечелюстных суставов является постоянная микротравма, вызванная изменением тонуса мышц жевательной группы. Когда мышцы работают правильно, то суставная головка находится в передневерхнем положении в суставной ямке, а диск свободно двигается при открывании и закрывании рта. Если в процессе роста и развития генетический потенциал нижней челюсти не реализуется и нижняя челюсть не развивается до нужного размера или оказывается в заднем положении, то прикрепляющиеся к ней мышцы будут укорочены. Что и становится вполне вероятной причиной дисфункций височно-нижнечелюстных суставов.

Дисфункции височно-нижнечелюстного сустава могут проявляться по-разному, например:

- щелкающими и поскрипывающими звуками при открывании и закрывании рта;
- ограничением возможности открывать и закрывать рот;
- судорожным сжатием челюстей;
- частым пересыханием во рту;
- мигренью;
- головокружением;
- ощущением заложенности в ухе, особенно во время еды;
- зудом, шумом, тупой болью в ухе и околоушной области;
- тупой болью в голове, чаще в теменной и затылочной областях;
- зудом и чувством жжения в глазах;
- слезливостью;
- подергиванием мышц под глазом;
- невралгией тройничного нерва;
- болью и напряжением в шее, плече, нижней части спины, шейным остеохондрозом;
- напряжением в челюсти и жевательных мышцах;
- бруксизмом;
- проблемами с голосом;
- ночным апноэ.

Височно-нижнечелюстные суставы контролируют движение нижней челюсти, поэтому положение нижней челюсти относительно черепа играет главную роль в дисфункциях височно-нижнечелюстных суставов.

Более расширенный анализ патологий прикуса, учитывающий не только положение челюстей и зубов, но и положение языка и губ, мышечный тонус и положение головы, предложил Джон Мью (1996). Он считает, что в основе всех патологий прикуса лежат неправильное положение языка и вертикальный рост лицевого скелета из-за таких экзогенных факторов, как нарушение носового дыхания, прокладывание языка между зубами при глотании, нарушение мышечного тонуса и мышечный дисбаланс, положение открытого рта, уменьшение употребления твердой пищи, аллергические заболевания, искусственное вскармливание, вредные привычки.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка И., 55 лет, обратилась в клинику по поводу возрастных изменений лица и шеи.

Анализ случая

Сбор анамнеза и визуальная Reface-диагностика выявила признаки преждевременного старения лица – в виде функциональных изменений в окклюзионном функциональном объединении. Это выразилось в несбалансированном тоне мышц лица, черепа и плечевого пояса. Левая и правая стороны лица выглядели асимметричными, голова выдвинута вперед (визуально шея укорочена), наклонена к правому плечу и смещена в левую сторону. На правой стороне определяется подъем надплечья и лопатки. Несбалансированный мышечный тонус привел к нарушению физиологического двигательного стереотипа и появлению таких связанных с ним признаков преждевременного



Фото 6, 7. Пациентка с асимметрией лица. Визуализация результатов процедуры

старения лица и шеи, как отеки под глазами, общая пастозность, вялость тканей, тусклая, застойная кожа, вертикальный рост лица, носогубные складки (фото 6, 7).

Программа коррекции

1. Индикационная процедура.
2. Коррекция домашнего ухода.
3. Еженедельные процедуры послылой терапии Reface Laitlift System.



Эстетические деформации лица и шеи – это следствие негармоничной и несбалансированной зубочелюстно-лицевой системы



Фото 8, 9. Пациентка с асимметрией лица до и после процедуры

4. Дальнейший переход на проведение процедур 1 раз в месяц.

5. Reface Basic Gym.

Этапы программы

Включали:

- восстановление поверхностного слоя кожи;
- улучшение качества кожи;
- четыре еженедельные процедуры поверхностного пилинга совместно с процедурами «Послойной терапии Reface Laitlift System».

Результаты программы

Уменьшение признаков старения кожи лица, улучшение симметрии лица (фото 8, 9), уменьшение морщин и пастозности тканей.

В основе активно развивающегося метода функциональной эстетической реабилитации тканей лица и шеи «Послойная терапия Reface Laitlift System» лежит представление о том, что эстетические деформации лица и шеи – это следствие негармоничной и несбалансированной зубочелюстно-лицевой системы. Причинами будет наличие функциональных расстройств во всех ее компонентах (костях, суставах, зубах, мышцах, фасциях, сосудах, нервах), которые ведут к нефизиологическому двигательному стереотипу.

Концепцией метода является сочетание взаимодополняющих техник,

направленных на уменьшение функциональных расстройств (искажений) в разных слоях лица и тела с целью восстановления движения, максимально приближенного к физиологическому двигательному стереотипу.

В методе впервые учтен тот факт, что каждый слой тканей лица и тела реагирует на разное прикосновение и корректируется разной техникой.

Показаниями к проведению метода «Послойная терапия Reface Laitlift System» являются:

- преждевременное старение лица и шеи;
- побочные эффекты;
- ранние и поздние осложнения после инвазивных воздействий и пластических операций;
- обезвоженная кожа.

Выводы

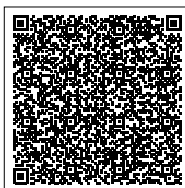
Так как в организме человека все взаимосвязано, то изменения в одной системе или органе вызовут каскад реакций во всем теле. Любые возникшие

несоответствия и проблемы наш организм будет пытаться решать за счет других ресурсов с помощью компенсаций и адаптаций.

Косметологическое инвазивное вмешательство, не учитывающее биомеханического механизма возникновения эстетических деформаций, а направленное на изолированную эстетическую проблему, будет неизбежно ломать адаптацию организма. В таких случаях коррекция внешних признаков преждевременного старения лица и шеи будет всего лишь иллюзией успешного решения, расплата же наступит в виде поздних осложнений, нестойкости или отсутствия результата.

Более подробно с моими взглядами касательно влияния функциональных расстройств окклюзии челюстей на преждевременное старение лица и появление поздних осложнений после инвазивных процедур и операций можно будет ознакомиться в моей книге, которая готовится к печати в ближайшее время. ■

СОВЕТУЕМ ТАКЖЕ ПРОЧИТАТЬ:



П. Лайтер. Reface-диагностика. определение роли функциональных расстройств в эстетических деформациях лица и шеи // LNE. – №3. – 2018. – С.82–87.

П. Лайтер. Почему важен базовый домашний уход? // LNE. – № 2. – 2018. – С. 94–99.