

Esthetic Guide

ОБЛИК

До и после. Подготовка и реабилитация



2 (35) 2020



9 7724 12 493008



Полина Лайтер

медицинский косметолог,
Израиль.

@polina.laiter

Всё надо делать вовремя

Побочные эффекты и осложнения после инвазивных воздействий.

Введение

В моей практике примерно половина случаев — это коррекция осложнений после эстетических вмешательств. При этом пациенты не всегда осознают, что причина их обращения ко мне — поздние осложнения после вмешательств, которые производились давно.

Работа над восстановлением тканей лица и шеи после инвазивных процедур на раннем и на позднем этапах зависит от ситуации и протекает по-разному. Возможны три сценария:

- восстановление тканей лица и шеи при наличии побочных эффектов,
- восстановление тканей лица и шеи при наличии побочных эффектов и ранних осложнений,
- восстановление тканей лица и шеи при наличии поздних (многочесячных) осложнений.

Главная цель восстановления тканей лица и шеи при наличии побочных эффектов или побочных эффектов в сочетании с ранними осложнениями — снятие отёков.

Задача специалиста — создать условия, чтобы отёк ушёл максимально быстро и всеми возможными путями. То есть нужно проделать работу, которую организм обычно ведёт сам, но сейчас по разным причинам либо не может сделать вообще, либо делает слишком медленно. Почему важно сделать это и сделать вовремя?

Посттравматический отёк имеет большой объём. Им он создаёт давление на нервы и сосуды. Сосуды, в силу имеющихся уже причин, плохо справляются со своими функциями, что ведёт к значительному нарушению венозных и лимфатических оттоков. Это, в свою очередь, способствует ухудшению питания тканей, более медленному их заживлению и может привести к серьёзным ранним осложнениям: застойным явлениям, некрозу тканей, воспалению, рубцовой деформации, застойным гематомам, гиперпигментации в месте их возникновения

и так далее. Особенно, если ткани не были подготовлены. Всё это негативно может отражаться на психологическом состоянии пациента и специалиста.

Надо сказать, что, несмотря на наличие осложнений, отношение к ранней реабилитации у многих пластических хирургов до сих пор остаётся неоднозначным. Хотя о влиянии своевременной реабилитации на результат эстетического воздействия пишут немало и протоколы для таких процедур уже наработаны.

С поздними многомесячными осложнениями дела обстоят ещё сложнее, и, к сожалению, их большое влияние на конечный эффект эстетической коррекции вообще не учитывается. Эта тема не отслежена и мало изучена, хотя, как показывает моя практика, очень актуальна при всех типах биомеханического старения лица. Давайте разберёмся, что такое ранние и поздние осложнения после Facelift на практических примерах.

Ранние осложнения

Гематома. При большой площади отслойки кожного лоскута повышается вероятность образования обширных гематом и некроза тканей. О наличии гематомы свидетельствует боль, просачивание крови в местах швов, увеличение объёма тканей в области перед и за ушами (иногда только на одной стороне). Гематома диагностируется в ходе наблюдения за пациентом на протяжении первых часов после операции. При поздней диагностике осложнения может развиться некроз кожного лоскута, что грозит серьёзными последствиями.

Некроз кожи. Чаще развивается в заушной области, где находится линия наибольшего натяжения тканей. Осложнение возникает из-за недостаточного питания кожного лоскута, причиной являются его истончение,



Фото 1. До и через три недели после операции Facelift — заушная гематома.



Фото 2. До и через 14 дней после операции Facelift — гематомы, некроз, отёки, деформации контуров лица.



Фото 3. До и через три недели после операции Facelift — гематомы, некроз, отёки, инфильтрация, рубцевание, деформации контуров лица.

слишком большая отслойка тканей, а также натяжение на линии швов.

Пигментные пятна на коже. Возникают при внутрикожных кровоизлияниях у людей с чувствительной кожей.

Деформация контуров лица. Возможны локальные изменения контуров и образование плотных инфильтратов под кожей по следующим причинам:

- возникновение в отдалённом послеоперационном периоде малых гематом,
- перемещение кожных лоскутов, выкроенных в пределах поверхностной мышечно-фасциальной системы,
- чрезмерное удаление жировых отложений в области подбородка.

Примеры из практики

Фото 1. Три недели после операции Facelift — заушная гематома, некроз, отёки, посттравматическая гиперпигментация. Рекомендация: программа из шести процедур функциональной реабилитации тканей лица и шеи методом «Послойная терапия Reface Laitlift System». Процедуры проводились 2 раза в неделю.

Фото 2. 14 дней после операции Facelift — гематомы, некроз, отёки, деформации контуров лица. Рекомендация: программа из пяти процедур функциональной реабилитации тканей лица и шеи методом «Послойная терапия Reface Laitlift System». Процедуры проводились 2 раза в неделю.

Фото 3. Три недели после операции Facelift — гематомы, некроз, отёки, инфильтрация, рубцевание, деформации контуров лица. Рекомендация: программа из пяти процедур функциональной реабилитации лица и шеи методом «Послойная терапия Reface Laitlift System» (на фото справа результат после одной процедуры). Сессии проводились 2 раза в неделю.

При коррекции побочных эффектов и ранних осложнений всегда должны учитываться следующие факторы:

- в каком состоянии были подкожные структуры к моменту начала реабилитации,
- квалификация и практический опыт специалиста, который вёл пациента до вас,
- выбранная им техника, объём и протокол проведённых вмешательств,
- наличие в тканях филлеров, ботулотоксина.

Ниже я привожу протокол коррекции побочных эффектов и ранних осложнений после пластических операций Reface for Plastic.

Принципы коррекции

Протокол Reface for Plastic предназначен для пациентов, планирующих (или уже сделавших) эстетические хирургические операции на лице и шее. Цель программы — реабилитация в кратчайшие сроки, профилактика и коррекция побочных эффектов и ранних осложнений, сохранение эстетического результата после пластической операции.

Программа делится на три этапа. Первый этап проводится до операции. Его цели:

- улучшить лимфатический и венозный токи в тканях,
- уменьшить застойные явления,
- укрепить стенки сосудов,
- восстановить эластичность тканей,
- восстановить психоэмоциональное равновесие пациента перед операцией (снижение тревожности, нормализация сна),
- восстановить способности организма к реабилитации.

Второй этап программы проводится после операции.

Его цели:

- скорректировать побочные эффекты и ранние осложнения,
- восстановить микроциркуляцию и кожную чувствительность в оперированных и смежных зонах,
- способствовать образованию нормотрофических рубцов,
- уменьшить болезненность и неприятные субъективные ощущения,
- ускорить рассасывание гематом,
- скорректировать качество кожи,
- восстановить послеоперационное психоэмоциональное состояние пациента.

На третьем, заключительном этапе коррекции нам нужно улучшить эстетический результат после пластической операции, восстановить способность организма справляться с возможными поздними осложнениями и обеспечить сохранение результата на максимально возможный срок.

Факторы влияния

Что влияет на степень выраженности послеоперационных осложнений? Есть несколько факторов:

- положение и состояние соединительной ткани, наблюдаемое на момент операции,
- возможность и способность подкожных структур лица и шеи к восстановлению,
- общее состояние организма,
- наличие в тканях нитей, филлеров и ботулотоксина,
- квалификация хирурга,
- правильность выбранной методики и техники операции,
- объём вмешательства.

Надо сказать, что, несмотря на наличие ранних осложнений, отношение к ранней реабилитации у многих пластических хирургов до сих пор остаётся неоднозначным. Хотя о влиянии своевременной реабилитации на результат эстетического воздействия пишут немало, да и протоколы для таких процедур уже наработаны.

С поздними многомесячными осложнениями дела обстоят сложнее. К сожалению, их влияние на конечный результат и действие на эффект от эстетической коррекции вообще не учитывается. Тема это непростая, её не отслеживают и мало изучают, но, как показывает моя практика, она очень актуальна при всех типах биомеханического старения лица.

Поздние осложнения

Когда речь идёт о поздних осложнениях после пластической операции, инъекционного или нитевого воздействия (такие осложнения могут возникать неожиданно, спустя месяцы после вмешательства), к приведённому списку того, что важно принять во внимание при работе с пациентом, нужно добавить следующее:

- проводилась ли реабилитация после коррекции, какая и сколько времени занял период восстановления,
- в каком положении были подкожные структуры к моменту начала реабилитации,
- какова способность подкожных структур к восстановлению после травмы.

При работе с осложнениями важно понимать, что существующие сегодня алгоритмы реабилитационных процедур воздействуют лишь на осложнения, которые связаны с изменениями, произошедшими непосредствен-

Что происходит, если повреждается лицевой нерв

но в результате воздействия. При этом особенности функциональных тканевых расстройств пациента, которые присутствовали до инвазивных процедур, не учитываются.

Именно на поиске и коррекции причин-помех, которые не дали организму вовремя и мешают сейчас восстановиться, основаны моя работа и метод.

Клинический пример позднего осложнения

Пациентка И. обратилась в клинику через 8 месяцев после Facelift с жалобами на синкинезии, постоянные спастические явления в мышцах лица, асимметричную мимику, проблемы с произношением.

Операция прошла с побочными эффектами (отёками) и ранним осложнением в виде обширной гематомы с левой стороны лица. Сразу же после операции был выявлен парез лицевого нерва с вовлечением двух ветвей (височной и щёчной). Сделанные через 3 недели МРТ и электромиография подтвердили травму лицевого нерва с левой стороны лица.

Что было сделано пациенткой за 8 месяцев до обращения в клинику:

1. комплекс специальных упражнений,
2. двухмесячный курс иглорефлексотерапии,
3. трёхнедельный курс аппаратной восстановительной терапии (ультразвук, магнитотерапия, электростимуляция),
4. стимуляция мышц поражённой стороны прибором «Нейродимин» в домашних условиях.

В результате проведения Reface-диагностики у пациентки были выявлены следующие функциональные тканевые расстройства:

- несбалансированный тонус мимической и жевательной мускулатуры,
- наличие мышечной и костной асимметрии (изменение положения тканей),
- изменение подвижности тканей,
- мимические, постуральные, дыхательные, артикуляционные, глотательные и психоэмоциональные паттерны,
- ухудшение кровообращения и оксигенации тканей,
- костные расстройства (изменения в окклюзии челюстей, бруксизм).

Программа коррекции

Пациентке была составлена индивидуальная программа, включающая в себя шесть процедур по протоколу функциональной эстетической реабилитации «Послойная терапия Reface Laitlift System» и упражнений Reface Basic Гум для шеи и для артикуляционного аппарата.

Функциональная эстетическая реабилитация тканей лица и шеи методом «Послойная терапия Reface Laitlift System» — это концепция послойного сочетания взаимодополняющих мануальных, остеопатических, аппаратных техник. Все они направлены на восстановление движения, максимально приближенного к физиологическому двигательному стереотипу.

Этапы программы

1. Посмотреть, как все структуры лица и шеи двигаются.
2. Разобраться с тем, что мешает им нормативно двигаться.
3. Убрать помехи, мешающие нормативному движению.
4. Восстановить физиологический двигательный стереотип.
5. Научить (переучить) двигаться нормативно.

Как только произошло повреждение лицевого нерва, организм немедленно начинает регенеративный процесс. Ему требуется «отрастить» около 7 000 аксонов («проводов» или нервных волокон), а также восстановить их электрическую изоляцию (миелиновую оболочку).

Когда аксоны отрастают и начинают присоединяться к лицевым мышцам, мы начинаем чувствовать подрагивание, покалывание, вибрацию мышечных волокон... Это всё — хорошие признаки. Вскоре после их появления начинают возвращаться мимические движения.

Если повреждающий фактор продолжает действовать дольше 4–6 дней, то аксоны нерва погибают и развивается аксональная дегенерация. Теперь больше нет прямого физического соединения мозга с мимическими мышцами. Аксонам придётся регенерировать от точки повреждения до мышц лица, а это расстояние примерно в 9–10 сантиметров. При самых лучших условиях скорость аксональной регенерации не превышает 1 миллиметра в сутки. Поэтому принято считать, что может пройти до трёх месяцев, прежде чем вернуться первые мимические движения.

Если на начальном этапе осложнения чрезвычайно важно приложить все усилия для активной борьбы с повреждающим фактором, то что делать, когда пациент попадает в клинику только через несколько месяцев, а мышца к тому времени смогла восстановить свои функции лишь частично? Когда результатом такого неполного восстановления с одной стороны становится слабость данной мышцы, а с другой — формирование её контрактуры из-за «переработки» той части мышечных волокон, которые всё же восстановили связь с мозгом?

На этом этапе возникает необходимость в анализе условий для аксональной регенерации, а они напрямую связаны с уже имеющимися миофункциональными расстройствами подкожных структур.

Почему?

Потому что уже имеющиеся до операции миофункциональные и костные расстройства (окклюзия верхней и нижней челюстей, в частности) уже успели привести к нарушению лимфооттока, ухудшению кровообращения и оксигенации тканей лица, изменив их подвижность. То есть на момент операции вполне возможно, что повреждения тканей в той или иной степени уже были. И в этой степени нужно разбираться.

Парез лицевого нерва и паралич мимических мышц после Facelift делятся на временные (преходящие) и стойкие (перманентные). Временный паралич встречается чаще перманентного.

Паралич может развиваться сразу после окончания операции или после того, как закончит действовать местная анестезия.

К причинам развития пареза лицевого нерва сразу после операции можно отнести:

- компрессионно-ишемические изменения, которые произошли из-за скопления жидкости в оперируемой зоне,
- лимфостаз из-за наложения тугой повязки в качестве профилактики отёчного синдрома после операции,
- гематомы,
- последствия местной анестезии,
- чрезмерное натяжение SMAS,
- развитие инфекции.

Патологические синкинезии — одно из наиболее распространённых осложнений пареза лицевого нерва. Они проявляются в нежелательных содружественных сокращениях лицевых мышц при разговоре или эмоциях.

К наиболее часто встречающимся синкинезиям относятся:

- непроизвольное сужение глазной щели при артикуляции и улыбке,
- непроизвольные движения угла рта при моргании,
- варианты, в которых участвуют лобная мышца, круговая мышца рта, поверхностная мышца шеи.

Анатомия

В состав лицевого нерва входят три типа нейронов: чувствительные, парасимпатические волокна и двигательные нейроны.

Чувствительные нейроны лицевого нерва отвечают за восприятие вкуса. При развитии неврита лицевого нерва у пациентов часто наблюдается расстройство вкусовой чувствительности на передних двух третях языка.

Парасимпатические волокна лицевого нерва отвечают за работу слёзной железы. Во время острой фазы неврита лицевого нерва глаз на поражённой стороне может «сохнуть», поскольку сигналы от головного мозга не достигают слёзной железы и выработка слезы значительно снижается или прекращается.

Двигательные нейроны лицевого нерва передают сигналы от головного мозга на мимические мышцы. В результате обеспечивается рефлекторное моргание, отражение эмоций на лице и членораздельная речь.

Двигательные нейроны объединены в пять основных ветвей, проводящих мимические сигналы к различным участкам лица. Это височная, скуловая, щёчная, краевая нижнечелюстная и шейная ветви. Неврологические осложнения (парез лицевого нерва или паралич мимических мышц) после лифтинга лица делятся на временные (переходящие) и стойкие (перманентные).

Лицевой нерв имеет пять основных ветвей. Они иннервируют различные мимические мышцы:

- височная ветвь (лобная мышца, верхняя часть круговой мышцы глаза, мышца гордецов, мышца, сморщивающая бровь),
- скуловая ветвь (нижняя часть круговой мышцы глаза, носовые мышцы, мышца, поднимающая верхнюю губу, скуловые мышцы),
- щёчная ветвь (верхняя часть круговой мышцы рта, мышца, поднимающая угол рта, щёчная мышца, мышца смеха),
- краевая нижнечелюстная ветвь (мышца, опускающая угол рта, мышца, опускающая нижнюю губу, подбородочная мышца),
- шейная ветвь (поверхностная мышца шеи — платизма).

Есть теория (аберрантная регенерация), которая объясняет, что при регенерации лицевого нерва происходит «случайное» присоединение регенерирующих ветвей лицевого нерва не к «своим» мимическим мышцам и что синкинезии являются необратимым осложнением не полностью восстановленного пареза лицевого нерва.

Группы аксонов, которые иннервируют волокна одной и той же мышцы, формируют пучки. Каждый такой пучок покрыт дополнительным защитным «чехлом» из соединительной ткани, называемым периневрий. А каждый аксон (нервное волокно) заключён в свою собственную защитную трубку из соединительной ткани, называемую эндоневрий.

После ответвления от основного ствола эти пучки нервных волокон формируют крупные и мелкие ветви лицевого нерва, которые направляются к различным отделам лица.

Считаю, что при отсутствии механического пересечения ствола нерва физически не представляется возможным, чтобы регенерирующие аксоны могли достичь мышечных волокон не в «своей» части лица. В противном случае отрастающим аксонам пришлось бы преодолеть две эндоневральные и две периневральные трубки, прежде чем они смогли бы присоединиться к «чужим» мышцам и иннервировать их.

Если ствол нерва и защитные трубки (эндоневрий и периневрий) остаются неповреждёнными, то регенерирующие аксоны могут расти лишь в пределах «пустого пространства» эндоневральных трубок и лишь в направлении соответствующих им мышечных волокон.

Так как процесс восстановления в нашем клиническом случае осложнился наличием уже имеющегося до операции функционального расстройства, то в процессе регенерации нервные волокна заново соединились с мышцами лица в патологический мимический паттерн, который проявил себя как синкинезии.

Я считаю, что процесс реабилитации у пациентки И. осложнился не только обширной гематомой на раннем этапе, но и из-за уже имеющихся до операции функциональных тканевых расстройств. Поэтому в процессе регенерации нервные волокна заново соединились с мышцами лица в патологический мимический паттерн, который и проявил себя как синкинезии. Другими словами, организм восстановился, как смог.

Получается, что патологические синкинезии — это патологические двигательные паттерны, которые формируются в процессе слишком длительной регенерации лицевого нерва на фоне имеющихся функциональных тканевых расстройств. И лицевая синкинезия, как и любой условный рефлекс, может быть устранена.

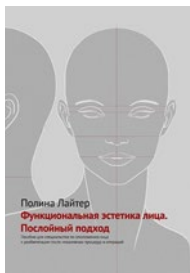
Как устранить лицевые синкинезии?

- скорректировать положение и состояние следующих групп мышц: языка, жевательных, мимических, шеи, плечевого пояса (фасциальные техники),
- скорректировать положение ВНС, костей черепа, окклюзии верхней и нижней челюстей (остеопатические техники),
- скорректировать циркуляцию жидких сред организма (мануальный и аппаратный лимфодренаж),
- переучить долго не работающие (неправильно работающие) мышцы (специальные упражнения по методике Reface Basic Gym).

Более подробно о своем опыте работы по реабилитации лица и шеи в результате осложнений, возникающих после инвазивных процедур, можно прочитать в моей книге «Функциональная эстетика лица. Послойный подход. Пособие для специалистов по омоложению лица и реабилитации после инвазивных процедур и операций».

Заключение

Важно понимать, как работать с первичными, ранними осложнениями и как работать с осложнениями поздними, даже застарелыми. Если разобраться в их истинной этиологии и устранить причины, их вызывающие, можно скорректировать нежелательные последствия и значительно повысить качество жизни пациента. ●



Более подробно о моём опыте реабилитации лица и шеи в результате осложнений, возникающих после инвазивных процедур, можно прочитать в книге «Функциональная эстетика лица. Послойный подход. Пособие для специалистов по омоложению лица и реабилитации после инвазивных процедур и операций».