

# Синергия взглядов хирурга и косметолога

## в решении проблем гравитационного птоза

Старение мягких тканей лица является частью общего биологического процесса старения и определяется теми же законами. Если в случае пациентов 40–50 лет нехирургические варианты коррекции могут давать хороший эффект, то перед пациентами старшей возрастной группы с деформационным типом старения встает вопрос о хирургическом вмешательстве. Но подобные воздействия вовсе не отменяют косметологический уход. И даже наоборот: грамотное сотрудничество пластического хирурга и косметолога повысит эффективность хирургической коррекции и сведет к минимуму неблагоприятные последствия

Гравитационный птоз мягких тканей лица и шеи объединяет в себе следующие визуальные признаки: птоз бровей и верхних век, носо-слезные борозды и носогубные складки, опущение углов рта, нечеткий овал лица, «брылы», наличие второго подбородка. Эти признаки начинают проявляться в возрасте 35–40 лет, в 40–55 лет видны более отчетливо, а после 55–60 лет хорошо заметны и даже бросаются в глаза.

Условно гравитационный птоз мягких тканей лица и шеи (кожи, подкожной жировой клетчатки, мышц, фасций и связок) можно разделить на три степени, каждой из которых соответствуют определенные внешние изменения.

### I СТЕПЕНЬ ГРАВИТАЦИОННОГО ПТОЗА

– Наружные отделы бровей приоб-  
ретают более горизонтальное поло-  
жение, чем в юном возрасте.

– Незначительный блефарохалазис верхних век (при открытых глазах образуются складки на верхних веках, не достигающие до ресничного края, которые исчезают при смыкании век). Этот признак является относительным показанием для блефаропластики и частично может быть устранен объемной контурной пластикой филлерами на основе гиалуроновой кислоты.

– Врожденный или приобретенный птоз верхних век разной степени выраженности. Зачастую здесь бывает необходимо микрохирургическое вмешательство, а кажущаяся простота коррекции для эстетических хирургов может закончиться крайне неудачно.

– Обнажение (скелетизация) нижнего края орбиты, что часто вызывает появление так называемых темных кругов под глазами из-за близко подступивших к коже венозных сосудов. Это происходит в связи с ослабеванием, расширением и, как следствие,

опущением нижней порции круговой мышцы глаза. В этот период ослабленная отсутствием естественного мышечного бандажа септальная перегородка, которая начинается от нижнего края глазницы и доходит до края нижнего века, позволяет жировой «подушке» глазного яблока слегка «выпятиться» вперед. Многие пациенты воспринимают это явление как грыжу нижних век, но стоит попросить человека улыбнуться – псевдогрыжа исчезает. Удаление подобного жирового «избытка» классическим путем – грубейшая ошибка начинающего хирурга, так как в результате операции край нижнего века обязательно закруглится из-за отсутствия мышечной поддержки, а кожа после удаления «грыжи» еще больше подчеркнет костный край орбиты. В этой ситуации, на мой взгляд, более приемлема объемная контурная пластика подглазничных зон в сочетании с пилингом.



– Незначительные признаки наличия носо-слезной борозды, которые тоже успешно корректируются объемной контурной пластикой.

– Незначительная депрессия носогубной складки у наружного крыла носа является безопасным показанием для легкой коррекции гиалуроновой кислотой.

– Едва заметное опущение наружных уголков рта успешно устраняется комбинированным применением ботулотоксина А и последующей коррекцией филлерами на основе гиалуроновой кислоты.

– Нарушение четкости, плавности и непрерывности контура нижней челюсти, особенно при наклоне подбородка к груди: в этой ситуации неплохие результаты дает применение ботулотоксина А по контуру нижней челюсти с последующим моделированием гиалуроновой кислотой.

## II СТЕПЕНЬ ГРАВИТАЦИОННОГО ПТОЗА

(может включать все вышеперечисленные признаки)

– Нависание мягких тканей над переносицей (особенно выражено у людей с неэластичной, плотной кожей и малоподвижной мимикой). На этой стадии птоза грубейшей ошибкой считается применение ботулотоксина А для коррекции морщин лба.

– Выраженное опущение наружных отделов бровей, вызывающее нависание кожной складки в области «гусиных лапок» (наружных периорбитальных морщин). В этой ситуации баловство инъекциями крайне неуместно.

– Выраженный блефарохалазис верхних век (кожная складка верхних век при открытых глазах практически лежит на ресницах, не исчезает она и после смыкания век; это состояние часто сопровождается выпячиванием «грыжи» внутреннего угла верхнего

века) можно считать абсолютным показанием для верхней блефаропластики.

– Наружный угол глаза (так называемый наружный кантус) снижается до уровня внутреннего, тогда как в норме он должен быть выше на 3–4 и даже 5 мм, в зависимости от формы глазной щели. В связи с ослаблением связочного аппарата наружного кантуса происходит закругление (провисание) края нижнего века, которое само по себе не в состоянии удерживать массив мягких тканей подглазничной зоны.

– Скуловой жир, создающий в юном возрасте плавный S-образный изгиб, начинающийся от наружного угла глаза, в зрелые годы «съезжает» по поверхности скуловой кости вниз и к середине, создавая у «просве-

щенных» пациентов твердую уверенность в том, что это не что иное, как жировая грыжа. Более того, не прекращая своего «сползания», жировая ткань скуловой зоны в значительной степени подчеркивает образовавшуюся ранее, еле заметную носослезную борозду и, что еще хуже, сдвигает своим весом нижележащие мягкие ткани к носогубной складке, которые образуют над ней приличное нависание. Попытка поднять такую «глыбу» только за счет непосредственного введения филлеров в носогубную складку заранее обречена на неудачу, так как все вышележащие ткани остаются в лучшем случае в неизменном положении, а следовательно, никакого омоложения не происходит. В подобной ситуации показано контурное объемное лифтинг-



моделирование всей средней зоны лица монофазными, высококонцентрированными, прочно связанными филлерами на основе гиалуроновой кислоты. Ботулинический токсин А на этой стадии гравитационного птоза нужно применять крайне осторожно, особенно не следует спешить устранять им «гусиные лапки», дабы не спровоцировать еще большее «сползание» скуловой «подушки», тем самым усиливая глубину носо-слезной борозды и еще больше расслабляя нижнюю порцию круговой мышцы глаза, что, в свою очередь, приведет к перемещению горизонтальных морщин нижнего века в сторону носа и расположению их в косом направлении. Также ни в коем случае нельзя блокировать «нависшую переносицу» «Диспортом» или «Ботоксом». В противном случае мы рискуем, кроме утяжеления межбровной зоны, получить в результате своих манипуляций расширенную спинку носа с косо нависающими складками кожи внутренней части верхних век. Для достижения визуального эффекта выравнивания и поднятия переносицы гораздо успешнее можно использовать контурную пластику той же гиалуроновой кислотой. Самый предсказуемый результат может дать, конечно же, только хирургический фронтотемпоральный лифтинг.

– *Значительное опущение наружных углов рта с заметным углублением губоподбородочных складок, что, несомненно, придает лицу достаточно унылый вид.*

– *Видимое нарушение непрерывности линии и плавности контура нижней челюсти (так называемые бульдожьих щечки) часто становится логическим продолжением выраженных губоподбородочных складок и нередко сопровождается вертикальными тяжами кожи, располагающимися на шее. При достаточно хорошем тоне кожи и не до конца ослабленной ПМФС (поверхностной мышечно-фасциальной системе) вышеупомянутые складки и тяжи можно успешно корректировать, комбинируя ботулотоксин А и контурную пластику гиалуроновыми филлерами, но в более запущенных случаях без хирургической коррекции не обойтись. Главное – не ошибиться при анализе всех деталей лица во время первой консультации.*

– *Снижение тонуса мягких тканей шейно-подбородочной зоны вследствие расхождения платизмы по саггитальной линии очень часто ошибочно оценивается пациентами как лишняя подбородочный «жирок». В этом случае показана только платизмопластика, но никак не липосакция. И горе тем хирургам, которые пошли на поводу у шибко грамотных клиентов.*

Все вышеперечисленное «безобразие» в средней, нижней зоне лица и на шее не проявляется до той поры, пока его удерживает поверхностная мышечно-фасциальная система (ПМФС, или, по-заморскому, SMAS), которая берет свое начало на уровне дуг скуловых костей и распространяется на зону декольте. В процессе своего старения она не сразу и не везде дает слабину, но предугадать заранее, в каком месте это произойдет и когда, не стоит даже пытаться, так как этот процесс, во-первых, контролирует индивидуальная для каждого генетическая программа старения, а во-вторых, на него оказывают большое влияние вышеназванные внутренние и внешние причины наступающих немощей. Отсюда следует логический вывод: каждое лицо подобно отпечаткам пальцев, упустил мелкую деталь – совершил грубую ошибку.

### III СТЕПЕНЬ ГРАВИТАЦИОННОГО ПТОЗА

(возрастная категория от 50 лет и старше)

– В этом случае, кроме усиления признаков гравитационного птоза мягких тканей, наступают *видимые инволютивные изменения, которые проявляются заметным истончением кожи, уменьшением красной каймы губ, образованием глубоких борозд, заломов и морщин, плавным изменением пропорций лицевого черепа.* К сожалению или к счастью, в этой ситуации нет места для мелкого «салонного дизайна». При взаимопонимании доктора и пациента в силу вступает ее величество хирургия. Зато в послеоперационном периоде – при удачно выполненной операции, а тем более при неудачной – работы по выполнению всякого рода коррекций и дополнений – непочтительный край.

### ХИРУРГ И/ИЛИ КОСМЕТОЛОГ?

Наверное, каждому специалисту эстетической отрасли следует знать очень простые, но важные вещи: хирургическое вмешательство может подтянуть то, что опустилось, убрать то, чего хватает с избытком, и восполнить недостающее. Инъекционные методики и контурная пластика могут на время сымитировать подтяжку и омоложение лица, разгладить мелкие морщины и воссоздать объемы, если гравитационный птоз мягких тканей не достиг третьей степени и отсутствуют грубые изменения текстуры кожи. Саму же кожу при наличии глубокой инволюции дермы (борозды, заломы, крупные морщины) может поправить только шлифовка (пилинг), в основном срединная или глубокая, выполняемая под наркозом. Ни одна подтяжка без пилинга не может устранить морщины. Попытки заполнения борозд и крупных заломов филлерами – это не самый лучший выбор врача, так как они могут еще больше подчеркнуть неприглядность измененной текстуры кожи, поднимая ее из глубины вверх.



## ЧТО МОЖЕТ ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ КОСМЕТОЛОГИЯ?

Придя на консультацию к пластическому хирургу по поводу коррекции гравитационногоптоза мягких тканей лица и шеи, пациент, конечно же, надеется на то, что хирург сможет спрогнозировать результат хирургической коррекции. Еще он ожидает, что хирург знает, как избежать тех индивидуальных подводных камней, которые могут возникнуть во время или после хирургической коррекции. А можно ли действительно прогнозировать или гарантировать результат эстетической пластической операции?

Обычно хороший клинический результат после хирургического вмешательства сохраняется на протяжении 7–10 лет. Тогда почему многие «возрастные» детали, устраненные на операционном столе, и явно видимые положительные результаты в раннем послеоперационном периоде ухудшаются по истечении 3–6 месяцев? Речь идет о таких вещах, как провисание шейно-подбородочного угла, «брылы» по контуру нижней челюсти, скуловые «мешки». По крайней мере, самые частые претензии со стороны пациентов к хирургам через полгода после операций появляются именно по этому поводу. Почему так происходит?

Успешно завершив операцию, хирурги в лучшем случае отправляют пациента к «своему» косметологу, а в худшем – ограничивают во всех мыслимых нарушениях спокойного режима жизни и назначают мази от синяков-отеков и кремы от рубцов, то есть отпускают в никуда и с замиранием сердца отвечают на звонки этого пациента через несколько месяцев. С чем, дескать, пришли: казнить или миловать, ругать или хвалить? Благо если результаты операции после синяков и отеков великолепны, тогда



Фото 1. До и после

пластические хирурги снова на коне, снова элита эстетической индустрии. Но рубцовая (читай: соединительная) ткань – штука капризная, и никто не застрахован от неприятных последствий.

Авторский метод Reface Laitlift System относится к новому направлению восстановительной косметологии – к восстановительной послойной терапии и характеризуется тем, что в нем каждый вид терапевтического воздействия последовательно направлен на восстановление определенных слоев соединительной ткани (как поверхностных, так и более глубоких). Результатом такого подхода будет восстановление и улучшение мышечного тонуса, микроциркуляции, лимфатического и венозного оттоков.

Почему данный метод эффективен и важен в омолаживающих программах инвазивной коррекции гравитационногоптоза мягких тканей лица и шеи?

## ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ

Согласно общепринятой в настоящее время соединительнотканной концепции возрастных изменений лица и шеи, именно структуры соединительной ткани являются мишенью повреждающих факторов при возрастных изменениях лица и шеи. К таким факторам можно отнести любые изменения в организме, вследствие

которых возникают специфические стандартные тканевые повреждения по вектору «отек – фиброз – склероз».

Современная структурная теория старения лица утверждает, что со временем мышцы лица и шеи в основном не растягиваются, а спазмируются и укорачиваются, вызывая мышечный дисбаланс, дисбаланс тканевого поля, изменения в положении костей лицевого черепа, миграцию жировых пакетов, к нарушению циркуляции крови, венозного и лимфатического оттоков. Все это ведет к ухудшению барьерных функций кожи, нарушению микроциркуляции и, как следствие, к нарушению питания, увлажнения и регенерации кожи. Но главное – формирует так называемые возрастные тени: складки, борозды, морщины, отеки, одутловатость, нечеткий овал лица – иными словами, все визуальные признаки гравитационногоптоза.

Можно, конечно, сразу же попытаться применить такие лифтинговые методы, как различного рода нити, контурную пластику, аппаратное или хирургическое воздействие, то есть методы, когда предполагаемый лифтинг должен произойти или за счет механического приподнимания (перемещения) отяжелевших и опускающихся тканей, или же за счет создания искусственных объемов или каркаса, вызванного фиброзированием. Но проблема заключается в том, что с точки зрения физиоло-



гии на процесс формирования гравитационного птоза мягких тканей лица и шеи механическое перемещение не влияет, а процесс создания дополнительного объема/каркаса в ряде случаев может усугубить птоз, и ткани продолжают опускаться. Безусловно, в большей степени этот вывод относится к склонным к отекам и имеющим лишний вес пациентам, относящимся к таким подтипам деформационного типа старения лица и шеи, как отечный и жировой.

Деформационный тип старения, как свидетельствуют последние исследования, в достаточно большом количестве случаев (40%) имеет врожденную патологию соединительной ткани, обусловленную относительным избытком незрелого коллагена III типа, что приводит к уменьшению соотношения зрелого коллагена I типа к III типу и снижению прочности соединительной ткани.

Именно у этой группы пациентов можно прогнозировать неблагоприятные результаты инвазивных и, в частности, хирургических вмешательств в области лица и шеи.

В таких случаях, на мой взгляд, обязательными элементами программы коррекции гравитационного птоза должны быть не только подготовительный и реабилитационный этапы, но и не менее важный этап по улучшению результата хирургической коррекции. То есть наравне с устранением отеков и синяков всегда должна остро стоять задача усиления мышечного, связочного и фасциального каркасов.

Однородное происхождение кожи, мышц, связок, фасций, костей, крови, лимфы, суставной жидкости из единого мезенхимального листа эмбриона человека и отношение всех этих элементов к категории соединительной ткани предполагают налаживание здоровой физиологии каждого из перечисленных элементов при условии

грамотного воздействия хотя бы на один из них, так как они от рождения тесно связаны между собой мезенхимальным происхождением.

Именно такой подход позволит значительно уменьшить имеющийся гравитационный птоз и улучшить результат хирургической коррекции при определенных типах старения лица и шеи. Хочу заметить, что считать напряженные мышцы «сильными», а ослабленные «слабыми» – большая ошибка. На самом деле сильные мышцы – это мышцы идеальной длины.

Зачем же надеяться на авось, если можно спокойно передать пациента в руки клинически мыслящего косметолога-реабилитолога, который не только восстановит кожу, но и улучшит эстетический эффект коррекции.

### ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ

Пациентка (52 года) обратилась в клинику по поводу коррекции гравитационного птоза мягких тканей лица и шеи. После сбора анамнеза и тройной диагностики косметолог разработал и провел программу, со-

стоящую из шести процедур системной восстановительной послойной терапии Reface Laitlift System (фото 1). Процедуры проводились один раз в неделю.

В зависимости от цели данный пункт программы может рассматриваться как:

- этап *неинвазивной коррекции* гравитационного птоза мягких тканей лица и шеи;
- первый (*подготовительный*) этап к инвазивной коррекции гравитационного птоза;
- *реабилитационный* этап;
- *этап, улучшающий результат* хирургической коррекции.

### ВЫВОД

Пока вне поля зрения специалистов будут оставаться причинно-следственные связи между различными механизмами образования эстетической дисфункции, приведшей к гравитационному птозу мягких тканей лица и шеи, результат *любой коррекции* возрастных изменений лица и шеи будет неполный, нестойкий или ведущий к преждевременному старению лица и шеи. ■



**Александр Бородько,**  
пластический хирург, врач-хирург высшей категории, член Всеукраинской Ассоциации пластических, реконструктивных и эстетических хирургов; 2-я Киевская областная больница (Украина, Киев)



**Полина Лайтер,**  
медицинский косметолог Р.М.Е., специалист в области естественного восстановления и омоложения лица, автор метода восстановительной послойной терапии Reface Laitlift System, член врачебного общества акупунктуры Израильской медицинской ассоциации (Израиль)