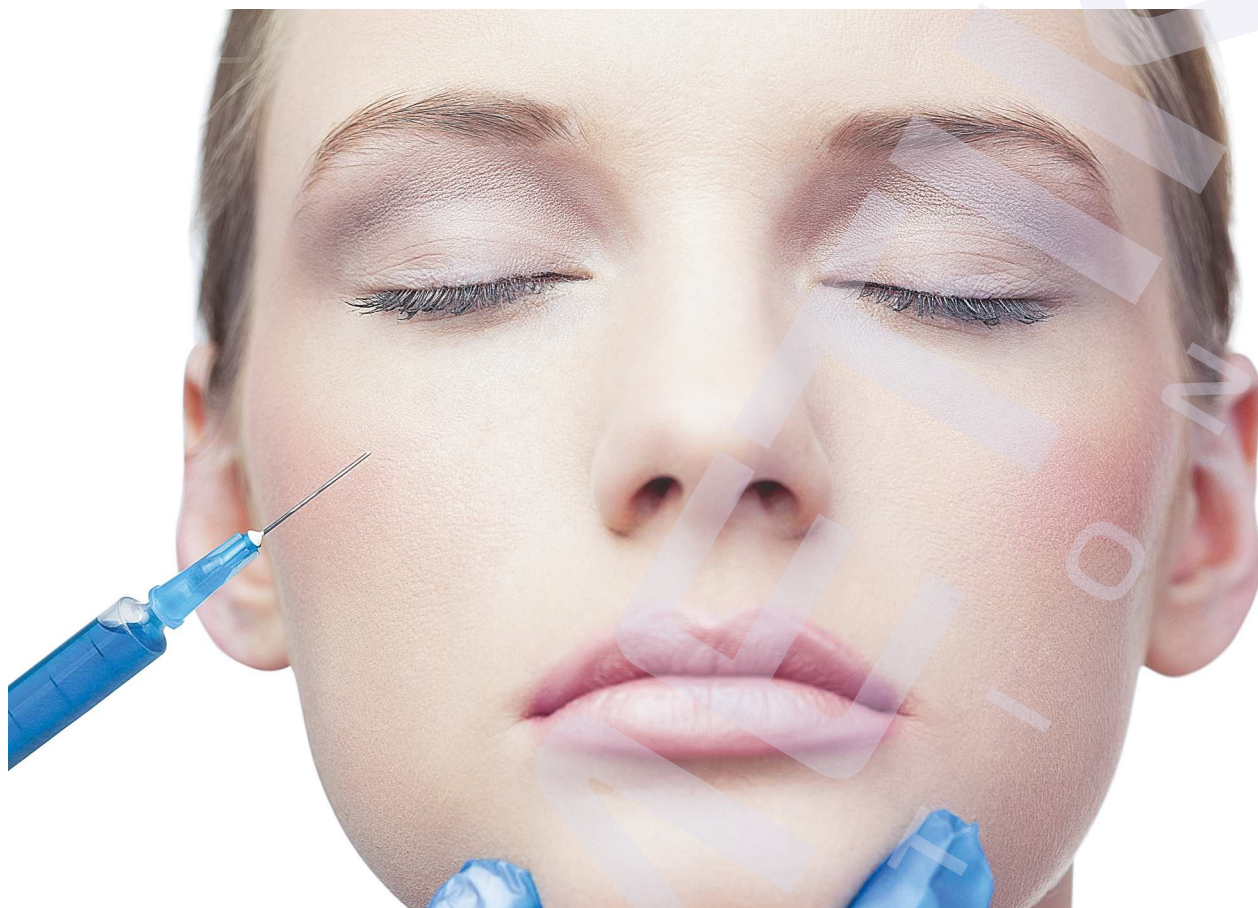




АЛГОРИТМЫ *инъекционной блефаропластики*

Внимание к анатомическим особенностям пациента —
непременное условие успешной инъекционной блефаропластики.
К таким особенностям относят, в частности, наличие
и выраженность грыж нижних век. Предлагаемая автором
классификация выделяет три клинических типа зоны нижнего века,
которые учитывают такие изменения. Как можно использовать
эту классификацию на практике, чтобы получить оптимальный
результат контурной пластики периорбитальной зоны
и минимизировать риск нежелательных явлений?


АННА РЕЗНИК,

врач-дерматолог, косметолог, главный врач медицинского центра ARclinic, сертифицированный тренер по контурной пластике и ботулинотерапии компании IPSEN
Санкт-Петербург

Инъекционная коррекция слезной и пальпебромаларной борозд филлерами на основе гиалуроновой кислоты давно вошла в практику врача-косметолога. Она проводится как с помощью иглы, так и с помощью тупоконечной канюли и обычно дает хороший эстетический эффект. Однако в некоторых случаях могут появиться отсроченные нежелательные явления: аккумуляция филлера ниже слезной борозды (фото 1), увеличение выраженности грыж нижних век, усиление отечности в периорбитальной области. Для их профилактики важно учитывать анатомические особенности каждого пациента, обращая особое внимание на наличие и выраженность грыж нижних век.

Для облегчения отбора пациентов для коррекции периор-

битальной области филлерами врачи нашего медицинского центра применяют предлагаемую мною клиническую классификацию зоны нижнего века.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ТИПЫ
ЗОНЫ НИЖНЕГО ВЕКА**

В предлагаемой мною классификации выделяется три клинических типа зоны нижнего века в зависимости от наличия и выраженности грыж:

- тип 1 — недостаток объема в зоне нижнего века (фото 2);
- тип 2 — наличие грыж в медиальной части орбиты и визуализация костного края глазницы в латеральной части (фото 3);
- тип 3 — грыжи видны и в медиальной, и в латеральной частях орбиты (фото 4).



Фото 1. Аккумуляция филлера ниже слезной борозды.

Пациентам со 2-м, а особенно 3-м клиническим типом зоны нижнего века мы советуем решать проблему с помощью пластического хирурга. При наличии противопоказаний к оперативному вмешательству возможен инъекционный камуфляж грыж с помощью филлеров на основе гиалуроновой кислоты.

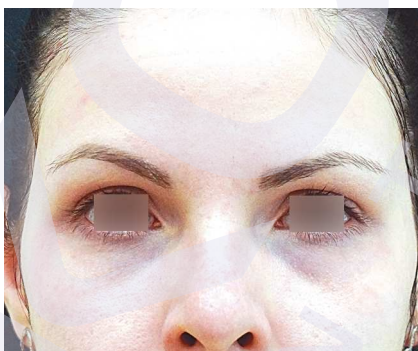


Фото 2.

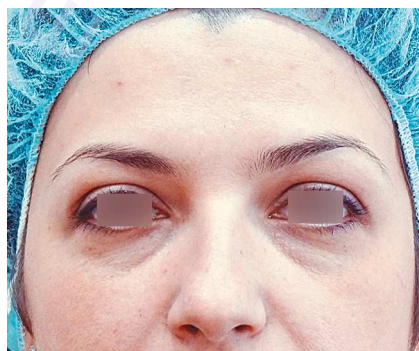


Фото 3.

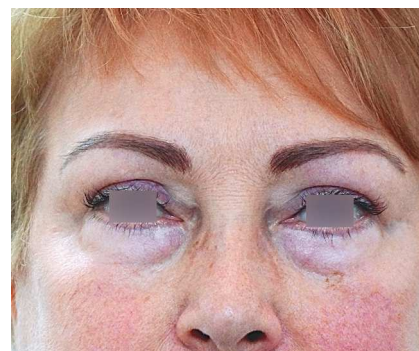


Фото 4.

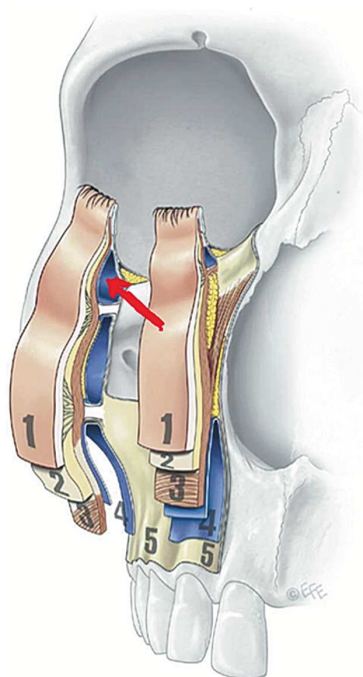


Рис. 1.

Следует учитывать, что целевое пространство, куда будет вводиться филлер, зависит от анатомических особенностей периорбитальной области, то есть от клинического типа зоны нижнего века. И для уменьшения риска нежелательных явлений филлер должен попасть именно в целевое пространство вне зависимости от того, какой инструмент использует врач, — иглу или канюлю. Во всех случаях аугментации пе-

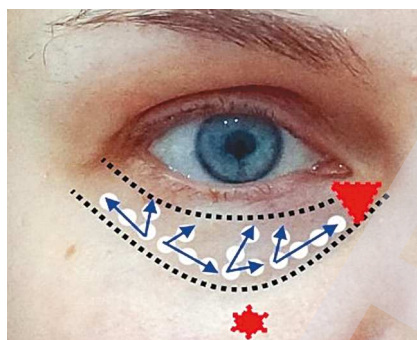


Фото 5. Схема аугментации зоны нижнего века 1-го типа при помощи иглы. Красным отмечены опасные зоны, черным пунктиром — границы инъекционной зоны, белым — проекция болюсов филлера.



Фото 6. Схема аугментации зоны нижнего века 1-го типа при помощи канюли.



а

Фото 7. Пациентка с 1-м клиническим типом зоны нижнего века: а — до; б — через 2 недели после аугментации.



б

рата — подмышечный (на надкостницу). Перед процедурой необходима разметка опасных зон для пред-

трений угол глаза и сантиметр латеральнее него) и зона инфраорбитального отверстия (ее находят пальпаторно). Рекомендуем избегать инъекций в опасные зоны.



Целевое пространство, куда будет вводиться филлер, зависит от анатомических особенностей периорбитальной области, то есть от клинического типа зоны нижнего века. И для уменьшения риска нежелательных явлений филлер должен попасть именно в целевое пространство вне зависимости от того, какой инструмент использует врач, — иглу или канюлю.

периорбитальной области филлером уровень введения препа-

упреждения их травматизации: зона ангулярных сосудов (вну-

КОРРЕКЦИЯ ЗОНЫ НИЖНЕГО ВЕКА I-ГО ТИПА

1-й клинический тип связан с недостатком объема по всей области нижнего века (чаще он встречается у молодых пациентов, жалующихся на синеву под глазами, но может быть и у пациента зрелого возраста).

При коррекции зоны 1-го типа филлер должен быть введен под круговую мышцу глаза в про-

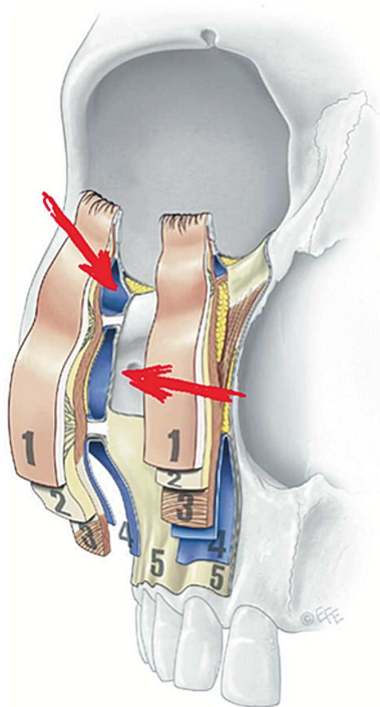


Рис. 2.

странство, ограниченное сверху (краниально) септой и снизу (каудально) удерживающей связкой глазницы (ORL) (рис. 1). Введение филлера ниже связки ORL может привести к его аккумуляции ниже слезной борозды в отсроченной перспективе.

Ориентирами, между которыми будут производиться инъекции, являются: проекция костного края глазницы (верхняя граница) и веко-щечный переход (нижняя граница).

При применении иглы филлер вводится болюсно или микроболюсно веерно между верхней и нижней границами с предварительной разметкой опасных зон. Канюлей филлер также вводится между вышеописанными границами. Предпочтительна точка ввода канюли на уровне латерального кантуса между проекцией костного края глазницы и веко-щечным переходом (латеральный вековый доступ). При использовании щечного доступа в некоторых случаях канюля не проходит сквозь ORL, а отодвигает ее. В результате аугментации

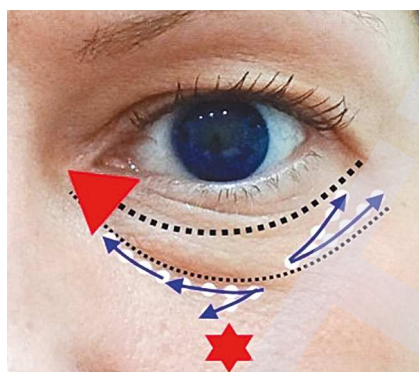


Фото 8. Схема аугментации зоны нижнего века 2-го типа при помощи иглы.

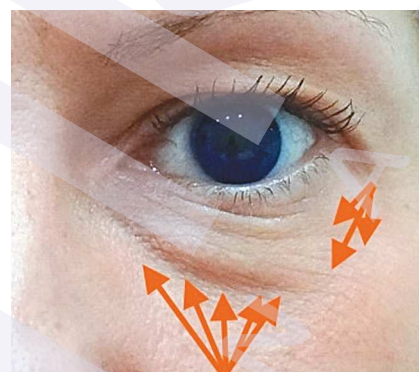


Фото 9. Схема аугментации зоны нижнего века 2-го типа при помощи канюли.



а
Фото 10. Пациентка со 2-м клиническим типом зоны нижнего века: а — до; б — через 2 недели после аугментации.



тация зоны слезной борозды канюлей из щечного доступа дает хороший немедленный эстетический эффект, но впоследствии может приводить к скоплению филлера ниже слезной борозды.

КОРРЕКЦИЯ ЗОНЫ НИЖНЕГО ВЕКА 2-ГО ТИПА

Этот тип проявляется грыжами нижнего века, видимыми в медиальной части орбиты. Одновременно визуализируется костный край латеральной части орбиты. Таким образом, в медиальной части нижнего века присутствует избыток объема в виде грыжи, а в латеральной наблюдается недостаток объема.

Введение филлера в грыжу сопряжено с риском инфекционных осложнений и нежелательных явлений, в частности с длительной отечностью периорбитальной зоны и увеличением объема грыжи. И этого нужно избегать.

При коррекции зоны нижнего века 2-го типа филлер следует инъецировать подмышечно, при этом в медиальной части ниже (каудальнее) слезной борозды, чтобы предупредить его попадание непосредственно в грыжу, а в латеральной — между проекциями костного края глазницы и веко-щечным переходом (рис. 2). При использовании канюли медиальная часть аугментируется из щечного доступа, а латеральная — из латерального векового доступа.

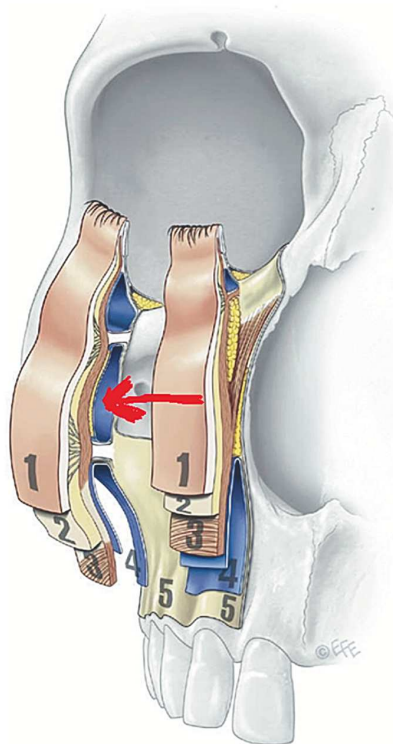


Рис 3.

КОРРЕКЦИЯ ЗОНЫ НИЖНЕГО ВЕКА 3-ГО ТИПА

В данном случае грыжи заметны и в медиальной, и в латеральной частях глазницы. Как уже говорилось, введение филлера в грыжевую клетчатку недопустимо. Поэтому при коррекции зоны нижнего века этого типа филлер инъецируется только каудальнее слезной и пальпоброярной борозд (рис. 3). Уровень введения препарата — подмышечно. Можно использовать как иглу, так и канюлю (щечный доступ). Рекомендуется неполная коррекция во избежание эффекта одутловатого лица (pillow face). Для коррекции зоны нижнего века 3-го типа мы рекомендуем использовать пластичные гиалуроновые филлеры средней степени ретикуляции.

ВЫВОДЫ

Анатомические особенности каждого пациента, в том числе

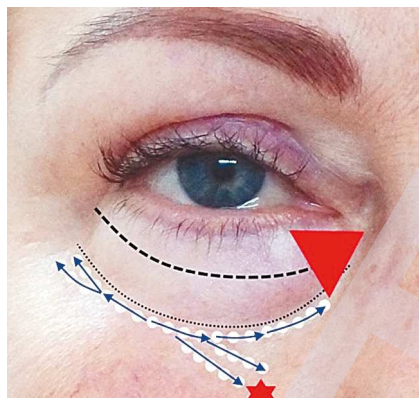


Фото 11. Схема аугментации зоны нижнего века 3-го типа при помощи иглы.

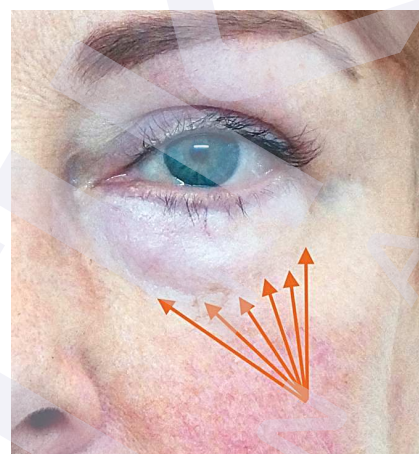


Фото 12. Схема аугментации зоны нижнего века 3-го типа при помощи канюли.



а

Фото 13. Пациентка с 3-м клиническим типом зоны нижнего века: а — до; б — через 2 недели после аугментации.



б

наличие и выраженность грыж нижних век необходимо принимать во внимание для получения оптимального результата контурной пластики периорби-

дает хороший эстетический эффект с низким риском нежелательных явлений. При соблюдении уровня и целевой зоны аугментации постпроцедурная



Перед введением филлеров необходимо выполнить разметку опасных зон для предупреждения их травматизации: зона ангулярных сосудов (внутренний угол глаза и сантиметр латеральнее него) и зона инфраорбитального отверстия (находится пальпаторно).

тальной зоны. Коррекция зоны нижнего века с учетом принципов, изложенных в этой статье,

отечность минимальна или отсутствует, а результат сохраняется более года.

Ki

Алгоритмы инъекционной блефаропластики: ключевые моменты

- 1) Коррекция слезной и пальпеллобромальарной борозд филлерами на основе гиалуроновой кислоты обычно дает хороший эстетический эффект.
- 2) В некоторых случаях могут появиться отсроченные нежелательные явления, для профилактики которых необходимо обращать особое внимание на наличие и выраженность грыж нижних век.
- 3) Предлагаемая автором классификация выделяет три клинических типа зоны нижнего века в зависимости от наличия и выраженности грыж.
- 4) Каждый тип зоны нижнего века предусматривает свою целевую зону введения филлера и свой уровень инъецирования.
- 5) Перед процедурой необходима разметка опасных участков для предупреждения их травматизации.
- 6) При соблюдении уровня и целевой зоны аугментации постпроцедурная отечность минимальна или отсутствует, а эффект сохраняется более года.

ЛИТЕРАТУРА

1. Животкова Е., Красносельских М. Коррекция периорбитальной области: pro et contra. Журнал «Облик». Esthetic guide, №2 (14) апрель 2016, стр. 68–70.
2. Павленко О. Ю., Хрусталева И. Э., Атаманов В. В., Грищенко С. В., Стенько А. Г. Возможности филлеров в коррекции нежелательных явлений после блефаропластики и липофиллинга нижних век. Инъекционные методы в косметологии, №3, 2014, стр. 48–54.
3. Павленко О. Ю. Инъекционная блефаропластика. Журнал «Облик». Esthetic guide, №1 (8) январь 2015, стр. 78–81.
4. Kohli M., Davda R. Complications of Fillers. Complications in Cosmetic Dermatology: Crafting Cures. 2016: 90–109.
5. Mendelson B., Wong C. H. Anatomy of the aging face. Plastic surgery, 3rd ed., 2013. Elsevier Saunders, Philadelphia, 78–92.
6. Muzaffar A.R., Mendelson B.C., Adams W.P. Surgical anatomy of the ligamentous attachments of the lower lid and lateral canthus. Plast Reconstr Surg. 2002; 110: 873–884.