

Инъекционная ринопластика низкого риска

Основной опасностью, которая подстерегает врача, проводящего аугментацию носа, является ишемия, вследствие эмболии сосудов или сдавления сосудов филлером. Частым нежелательным последствием инъекционной ринопластики может быть миграция филлера из места аугментации. Как провести инъекционную коррекцию носа с минимальным риском осложнений и нежелательных последствий, мы расскажем в рамках данного мастер-класса.

Введение

Особенностью носа, зоны высочайшего риска сосудистых осложнений, является кровоснабжение одновременно из ветвей наружной и внутренней сонных артерий, анастомозирующих между собой. Эмболия ветвей этих артерий может приводить к таким грозным осложнениям, как потеря зрения и некроз мягких тканей лица. Чтобы избежать эмболии, мы рекомендуем для коррекции наружного носа использовать не иглу, а тупоконечную канюлю 25G или толще.

Ишемия тканей из-за сдавления филлером мало зависит от используемого инструмента (игла или канюля), но зависит от объема используемого филлера и его физико-химических свойств, а также от слоя аугментации. Филлер должен обладать необходимой мягкостью и пластичностью, чтобы не сдавливать сосуды, и вводиться в небольшом объеме. Так как крупные сосуды проходят в поверхностной жировой клетчатке и мышечно-апоневротическом слое (SMAS) носа, для минимизации их сдавления мы рекомендуем вводить филлер под SMAS, на надкостницу (надхрящницу).

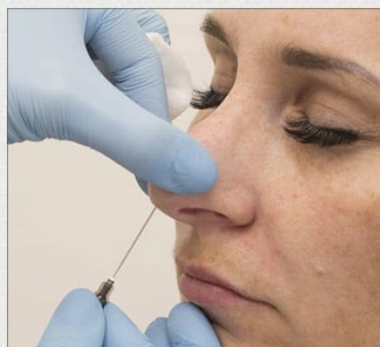
Миграция филлера из зоны введения зависит от его физико-химических свойств и слоя мягких тканей, куда вводится филлер. Чтобы держать форму, филлер должен обладать определенной упругостью. Вероятность миграции филлера выше при его подкожном введении, поэтому мы рекомендуем вводить филлер под SMAS (на надкостницу (надхрящницу)).



Анна Резник

врач-дерматолог,
косметолог, главный
врач медицинского
центра «AR clinic»,
Санкт-Петербург.





Даже при соблюдении всех условий нельзя полностью исключить риск нежелательных явлений. Рекомендуется использовать филлеры только на основе гиалуроновой кислоты, так как они способны к быстрой деградации после инъекции гиалуронидазы в случае форс-мажора.

Материалы и методы

Для аугментации носа мы используем филлер на основе гиалуроновой кислоты высокой степени ретикуляции Filorga X-NA Volume, обладающий необходимым сочетанием пластичности и упругости. Филлер вводим при помощи тупоконечной 5-сантиметровой канюли 25G. Для инфильтрационной анестезии места прокола кожи перед введением канюли мы используем инъекционный анестетик—4% раствор артикаина гидрохлорид. Для антисептической обработки инъекционного поля мы используем раствор хлоргексидина биглюконата.

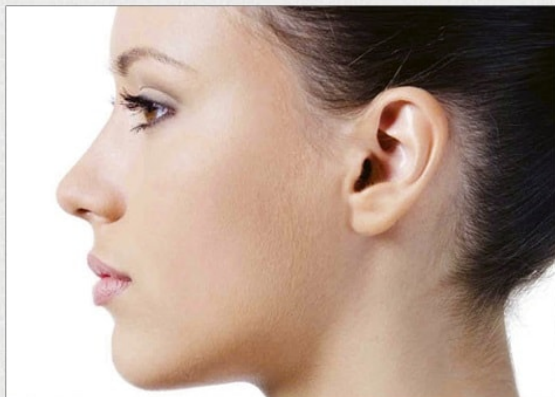


Рис.1а. Normal tip.

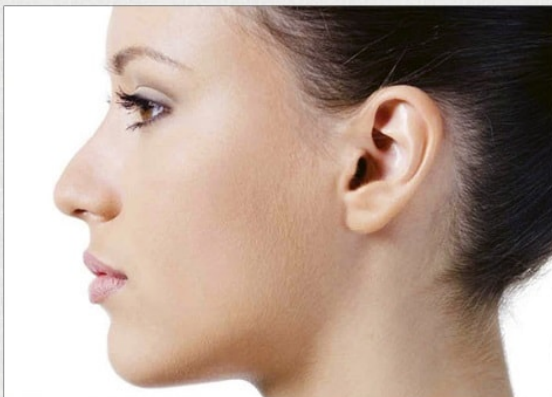
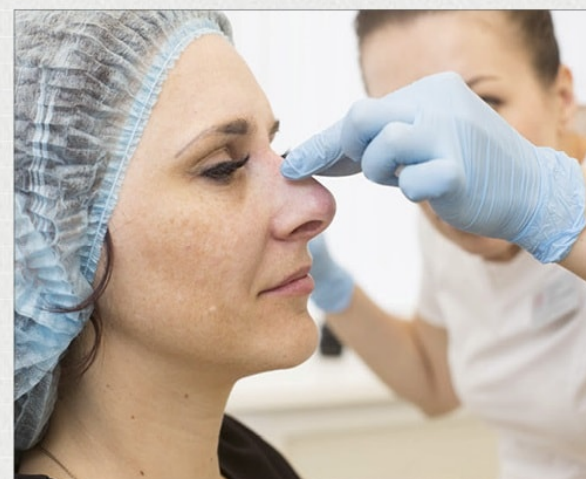


Рис.1б. Polly beak deformity.



Протокол процедуры

Перед нами пациентка с выраженной деформацией (западением) спинки носа и небольшой надкончиковой деформацией носа. Для сохранения проекции кончика носа очень важна очередность аугментации отделов носа. При коррекции надкончиковой деформации зачастую меняется положение кончика носа—он опускается. И, корректируя только спинку, мы получаем имитацию другой деформации—«клюва попугая» (polly beak deformity), когда спинка носа ровная, но кончик смотрит вниз^[Рис. 1]. Для профилактики такого явления мы рекомендуем следующую очередность аугментации отделов носа:

1. коррекция западения спинки носа;
2. аугментация зоны колумеллы для сохранения позиции кончика носа;
3. коррекция надкончиковой деформации;
4. акцентирование позиции кончика носа.

Первым этапом процедуры является обработка кожи и анестезия. Точка прокола кожи для введения канюли располагается на кончике носа. Сначала мы обрабатываем место прокола антисептиком. Затем внутрикожно в минимальном количестве инъецируем анестетик, делая папулу. Анестезия была выполнена по просьбе пациентки, без неё вполне можно обойтись. Мы не рекомендуем использовать аппликационный анестетик, так как его применение может вызвать сужение

и расширение сосудов кожи, имитируя ливедо при ишемии.

Второй этап—коррекция западения на спинке носа. Прокол кожи выполняется иглой, толщина которой больше толщины канюли.

Через место прокола вводится канюля. Обратите внимание на положение выходного отверстия канюли: оно должно быть обращено вниз, к надкостнице. Необходимо ввести канюлю под мышечно-апоневротический слой (SMAS). Диагностическим критерием положения канюли под SMAS является отсутствие контурирования её кончика и затруднение его подъёма вверх и наружу. Если при подъёме кончика канюли он свободно движется и контурирует, канюля находится в подкожно-жировом слое, необходимо её вывести и ввести глубже.

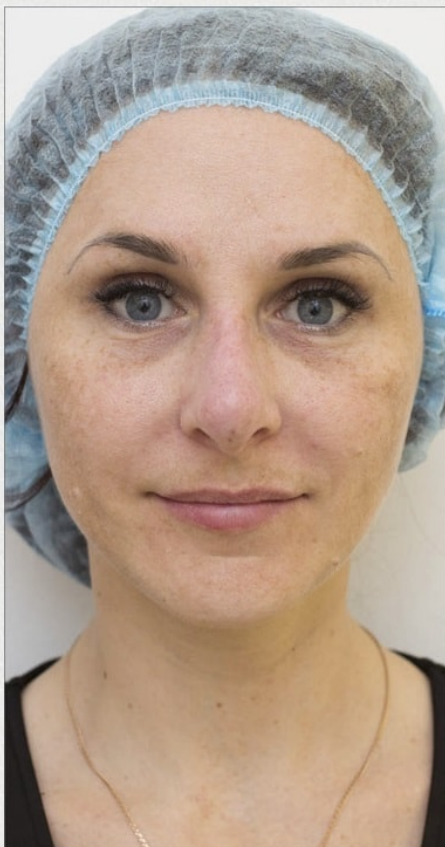
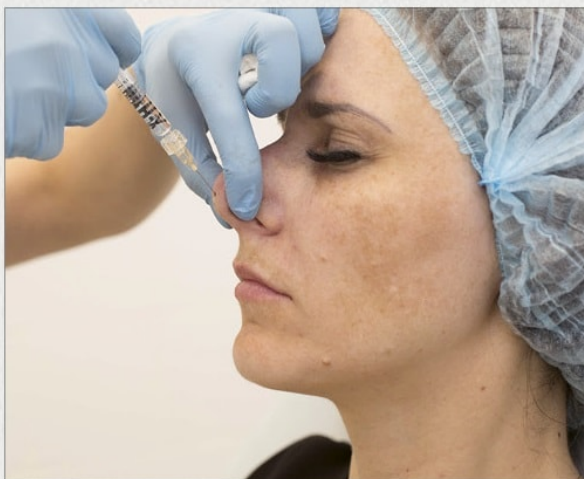
Так как при правильном расположении канюли под SMAS визуализация её кончика затруднена, его положение следует оценивать пальпаторно. Продвигаем канюлю до места западения на спинке носа. После этого в линейно-ретроградной технике вводим в западение филлер, фиксируя место введения пальцами свободной руки. Количество филлера оцениваем визуально: для этого можно полностью вынимать канюлю, чтобы оценивать выравнивание спинки, а при необходимости вводить канюлю повторно и добавлять объём. Пом-

ним, что для соблюдения асептики мы не должны касаться канюли пальцами и посторонними предметами, иначе следует заменить канюлю на новую.

Третий этап—аугментация зоны колумеллы. Через то же самое входное отверстие на кончике носа мы вводим канюлю подкожно и, вводя кончик канюли в колумеллу, меняем её положение на вертикальное (кончик канюли направлен к ротовой щели). В линейно-ретроградной технике аугментируем зону колумеллы, фиксируя место введения пальцами свободной руки. Уровень введения—подкожный.

Четвёртый этап—коррекция надкончиковой деформации. Надкончиковую деформацию корректируем по тому же принципу, что и западение на спинке носа. Уровень введения—под SMAS.

Пятый этап—акцентирование позиции кончика носа. Это авторская техника Анны Резник. Мы делаем новую точку прокола кожи на кончике носа ниже, ближе к колумелле. Через точку прокола кожи вводим канюлю. После введения канюли подкожно перемещаем её вертикально, прижимая шприц к верхней губе. Кончик канюли выводим в выбранную нами позицию вершины кончика носа. В этой позиции подкожно, максимально поверхностно, вводим небольшой болюс препарата, акцентируя болюсом положение вершины кончика носа.



Результат коррекции

В результате коррекции мы получили ровную спинку носа с оптимальной позицией кончика носа. После прохождения постпроцедурной отёчности нос будет смотреться меньше и аккуратнее. Данный результат будет радовать нашу пациентку более года-полутора. Риск нежелательных явлений данной коррекции минимален.

Итого для коррекции наружного носа было израсходовано 0,6 мл препарата Filorga X-NA Volume. Из них 0,3 мл для коррекции западения на кончике носа, 0,15 мл для коррекции колумеллы, 0,1 мл для коррекции надкончиковой деформации и 0,05 мл для акцентирования позиции кончика носа.

Заключение

Нос является зоной высочайшего риска серьёзных сосудистых осложнений. И его коррекция должна быть максимально безопасной для пациента. Кроме того, необходимо соблюдать уровень введения филлера, оптимальную позицию кончика носа и правильно выбирать препарат. И тогда результат безопасной ринопластики будет приносить только положительные эмоции и врачу, и пациенту. ○