

Липоатрофия щек: Опыт инъекционной пластики. Клинический случай

И.Э. Хрусталева

доктор медицинских наук,
пластический хирург,
национальный секретарь
Международного общества
эстетических пластических
хирургов (ISAPS), зав. кафедрой
пластической хирургии
факультета последипломного
образования СПбГУ им. И.П. Павлова,
главный врач клиники «Академия»
(Санкт-Петербург)

О.Ю. Павленко

кандидат медицинских наук,
дерматовенеролог, косметолог,
ведущий специалист
по инъекционным методикам
клиники лазерной и эстетической
медицины «ТриАктив», научный
руководитель компании
«Innovation» (Москва)

Представляется описание клинического случая: пациентка с липоатрофией области щек. Проведена успешная коррекция введением в проблемную область филлеров на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты и ботулинического токсина типа А.

Пациентка Е. 42 лет обратилась в клинику с жалобами на скелетизацию лица (рис. 1).

Анамнез заболевания: пациентка впервые обратила внимание на уменьшение объема подкожной жировой клетчатки лица в подростковом возрасте, примерно в 13–14 лет. Процесс прогрессировал до 18 лет, после чего, достигнув пика, остановился. Объем мягких тканей лица, со слов пациентки, оставался неизменным в течение всех последующих лет. Колебания массы тела отрицает. Неоднократно обращалась за помощью в медицинские учреждения по месту жительства. С ее слов, обследовалась, в том числе и стационарно, в эндокринологических отделениях, однако никакой патологии выявлено не было. В начале 2014 г. обратилась к дерматокосметологу по месту жительства, которым была направлена на консультацию в специализированную клинику.

Анамнез жизни: считает себя практически здоровой. Наследственность не отягощена. Имеет брата и сестру; в семье случаев липоатрофии, сахарного диабета 1-го и 2-го типов, метаболического синдрома и проч. не выявлено. Менструальный цикл регулярный, начиная с 13 лет. Беременности отрицает в связи с отсутствием регулярной половой жизни. Вредные привычки, ВИЧ отрицает, простудные заболевания бывают редко.

При осмотре: телосложение астеничное, кожные покровы и слизистые чистые, слегка бледные. Тургор кожи снижен, жировая клетчатка в области туловища и конечностей распределена равномерно, толщина кожной складки

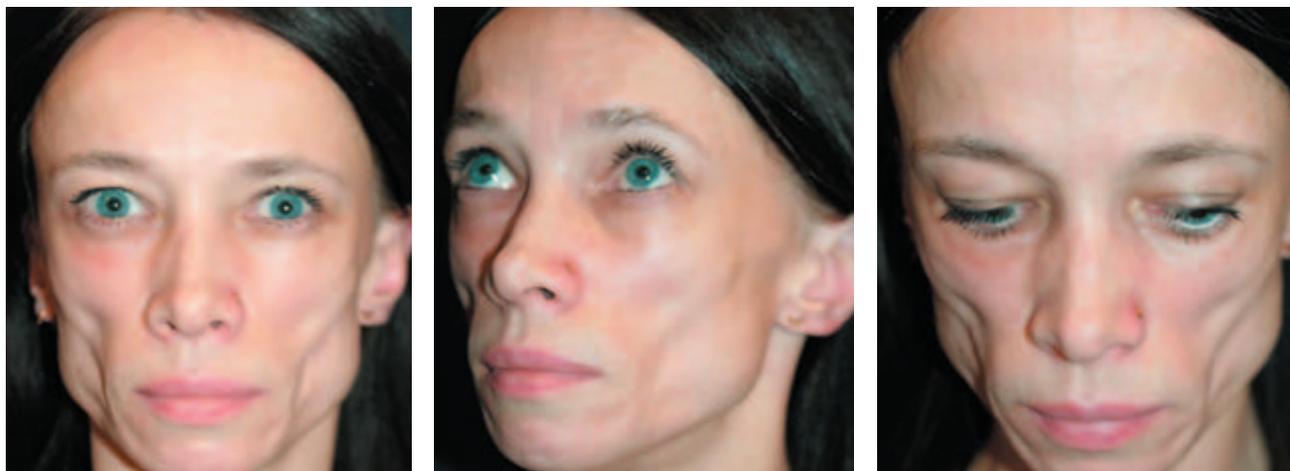


Рис. 1. Пациентка с клинической картиной скелетизации лица на фоне липоатрофии области щек



Рис. 2. Жировые пакеты лица по J. Pessa

в различных зонах не превышает 1 см. Со слов пациентки, ее рост — 170 см, вес на момент осмотра — 53 кг, соответственно, ИМТ — 18,3, что ниже нормы.

Локальный статус: явно выраженная скелетизация (потеря объема мягких тканей) лица. Симметрично практически полностью отсутствуют поверхностные и глубокие жировые пакеты переднего и боковых отделов средней и нижней трети лица (рис. 2).

В состоянии покоя и при артикуляции визуализируются поверхностные мимические, а также жевательные мышцы. Последние явно гипертрофированы. Прикус ортогнатический, имеется тенденция к патологической стираемости зубов (на момент осмотра не выражена). Кожа лица тонкая, подвижная, со сниженным тонусом.

Диагноз: двухсторонняя симметричная липоатрофия средней и нижней трети лица.

Рекомендации

- Для уточнения этиопатогенеза заболевания — дополнительное обследование по месту жительства.
- Контурная инъекционная пластика средней и нижней трети лица препаратом на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты.
- Релаксация жевательных мышц для уменьшения их контурирования введением препарата ботулинического токсина типа А (БТА).

Проведенное лечение

Для восстановления объема мягких тканей лица можно использовать собственную жировую ткань, филлеры со стимулирующим действием или препараты стабилизированной гиалуроновой кислоты. Мы не ставили перед собой задачу проводить сравнительный анализ эффективности разных методов — все они имеют свои достоинства и недостатки. Выбор филлера на основе гиалуроновой кислоты в данном конкретном случае был обусловлен желанием пациентки получить немедленный результат безоперационным путем.

Мы остановились на препарате Yvoire Volume (LG Life Science, Южная Корея) — бифазный филлер с размером частиц около 900 мкм и концентрацией гиалуроновой кислоты 22 мг/мл. При описании этого препарата нередко говорят о его «гибридных свойствах»: объединении выраженной способности создавать и поддерживать объем мягких тканей в месте введения за счет высокого модуля упругости G' (характеристика бифазных филлеров) и достаточно высокой пластичности, которая облегчает моделирование в тканях и обуславливает равномерное распределение за счет низкого модуля текучести G'' (характеристика монофазных филлеров).

Применительно к обсуждаемому клиническому случаю нам было необходимо добавить большой дополнительный объем в области средней и нижней трети лица (причем без риска миграции препарата, введенного в значительном объе-

Для восстановления объема мягких тканей лица можно использовать аутологичную жировую ткань, филлеры со стимулирующим действием или препараты на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты.

Клинический опыт

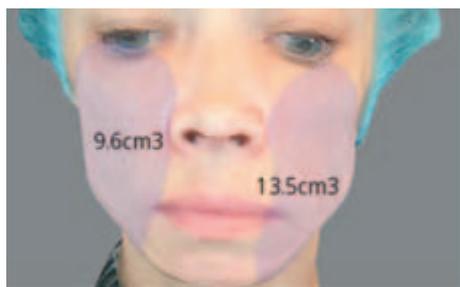


Рис. 3. Конкретизация требуемого дополнительного объема мягких тканей выполнена с помощью 3D-сканирования лица

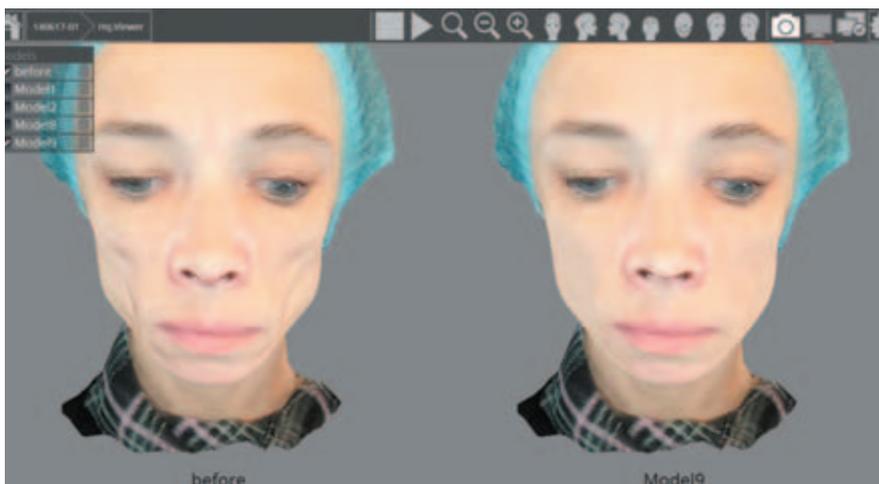
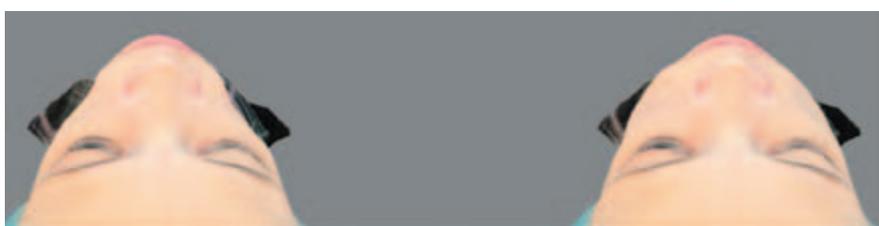


Рис. 4. Анализ 3D-изображений лица с помощью компьютерной программы Designer XN позволил смоделировать предполагаемый результат волюметрической коррекции



ме), при этом по возможности избежать контурирования филлера у пациентки с очень тонкой кожей. По нашим предположениям, филлер Yvoire Volume должен был обеспечить оптимальный результат.

Перед инъекционной контурной пластикой выполнялось сканирование лица с помощью 3D-сканера компании «Биомоделирование» (www.biomodelling.ru). Новейшие разработки в области 20-мегапиксельного 3D-сканирования позволяют точно восстанавливать анатомическую картину, в том числе лица. Программа Designer XN дает возможность создавать трехмерное изображение изучаемого объекта, проводить любые измерения, в том числе дефицита/избытка объема, а также моделировать возможный результат процедуры.

3D-сканирование лица пациентки Е. позволило выявить асимметрию объемных показателей правой и левой половин лица и вычислить предположительные объемы препарата для введения в области липоатрофии (сравнение исходной картины с прогнозируемым виртуальным результатом). Из полученных данных

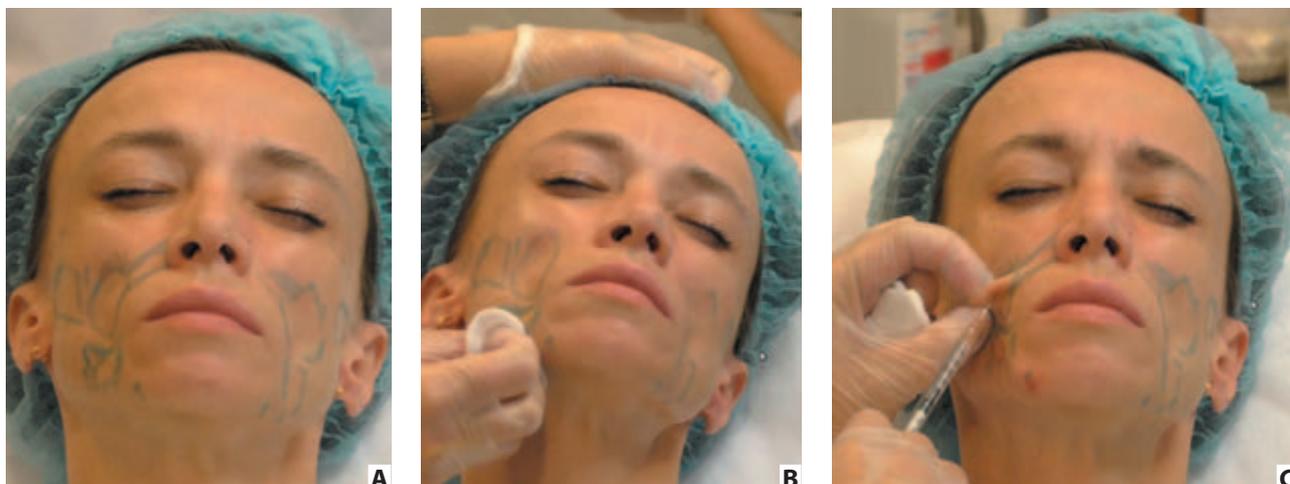


Рис. 5. Подготовительные стадии: нанесение разметки (А), дезинфекция кожи (В), инфильтрационная анестезия (С)

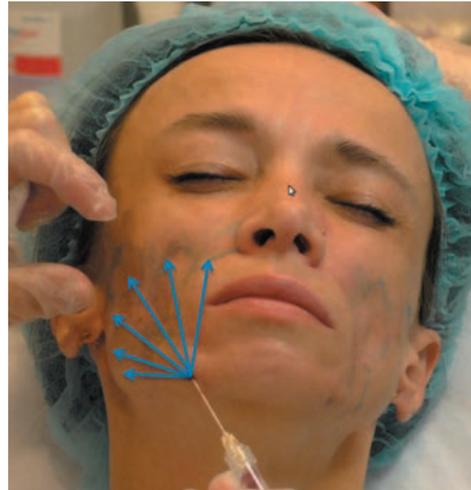


Рис. 6. Первая точка входа канюли — в области края нижней челюсти

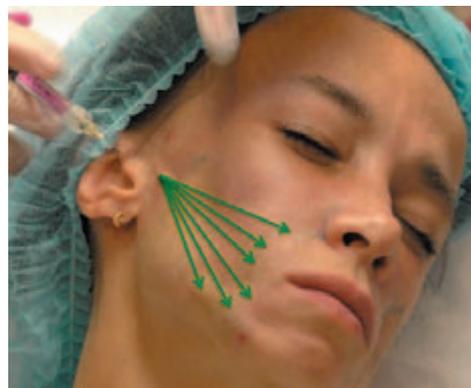
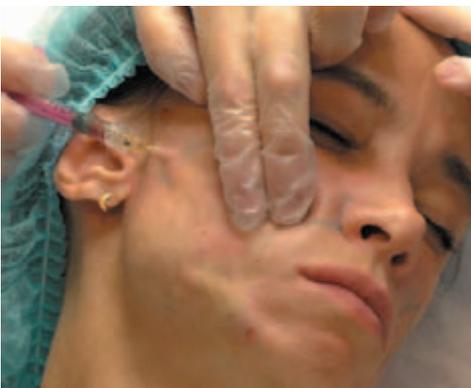


Рис. 7. Вторая точка входа канюли — на линии козелка

стало очевидным, что в щечную область справа необходимо ввести 9,6 мл филлера, слева — 13,5 мл (рис. 3). Суммарный объем препарата — 23,1 мл. Прогнозируемый результат коррекции (рис. 4) был обсужден с пациенткой.

Перед проведением инъекций на лицо была нанесена разметка с обозначением зон выраженной липоатрофии (рис. 5). После дезинфекции кожи спиртовым раствором выполнена проводниковая и инфильтрационная анестезия с использованием ультракаина форте Д-С в суммарном объеме 2 мл.

Введение филлера осуществляли с помощью канюли 25G длиной 70 мм после предварительного прокола кожи иглой большего диаметра. Препарат Yvoire Volume инъецировали линейно-ретроградным путем в веерной технике от периферии к центру и сверху вниз подкожно. С использованием веерной техники, по нашему мнению, можно ввести достаточно большой объем филлера, при этом его распределение по векторам позволяет в каждый из них вводить фиксированный и не очень большой объем, что обеспечивает профилактику смещения и миграции препарата. За счет целенаправленного формирования перекрещивания векторов возможно получить дополнительный объем в запланированной зоне.

Первая точка введения канюли — нижнечелюстная (рис. 6). Далее препарат аналогичным образом вводили снизу вверх из второй точки — напротив козелка, отступая 2,0 см от ушной раковины (рис. 7). Введение филлера из третьей точки в проекции нижнего края жевательной мышцы в области угла нижней челюсти показано на рис. 8. В итоге филлер был введен в технике пересекающихся векторов, достаточно равномерно заполняя всю промаркированную зону депрессии (рис. 9). После каждой серии инъекций выполняли разминание и моделирование препарата.

С использованием веерной техники, по нашему мнению, можно ввести достаточно большой объем филлера, при этом его распределение по векторам позволяет в каждый из них вводить фиксированный и не очень большой объем, что обеспечивает профилактику смещения и миграции препарата. За счет целенаправленного формирования перекрещивания векторов возможно получить дополнительный объем в запланированной зоне.

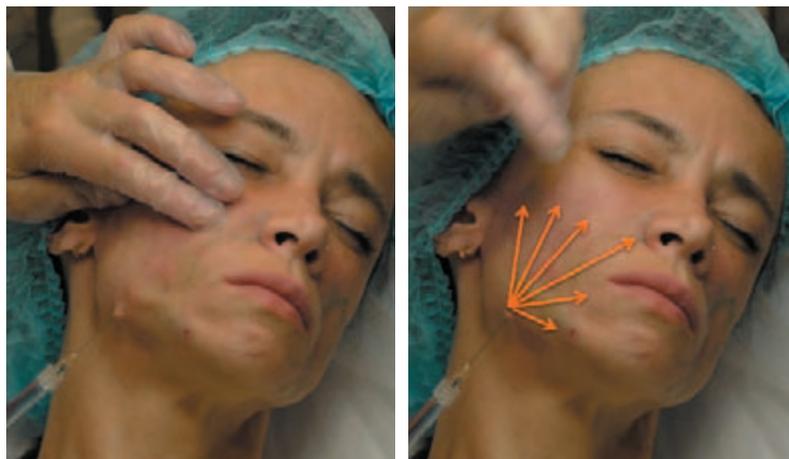


Рис. 8. Третья точка входа канюли — в проекции нижнего края жевательной мышцы в области угла нижней челюсти

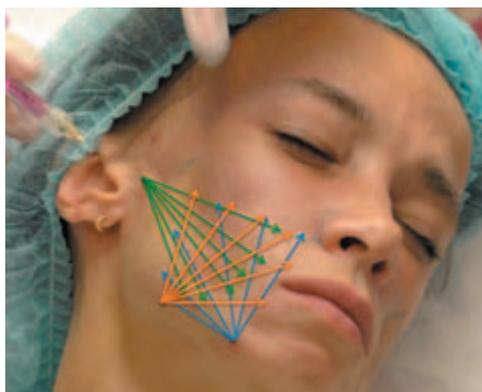


Рис. 9. Схема верных инъекций в области липоатрофии

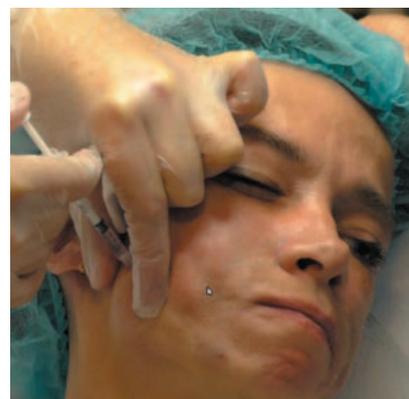
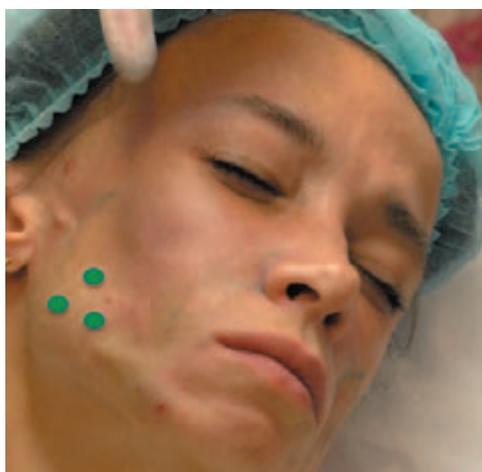


Рис. 10. Инъекции Диспорта в жевательные мышцы с целью коррекции гипертрофии

Сразу уточним, что мы решили не вводить сразу весь расчетный объем препарата (23 мл), а ограничиться несколько меньшим, но все равно значительным объемом — 14 мл, распределяя его равномерно на обе стороны (по 7 мл). Коррекцию асимметрии и, при необходимости, дополнение объема планировали провести на следующем этапе по желанию пациентки.

В завершение процедуры были проведены инъекции БТА (Диспорта) в жевательные мышцы с целью коррекции гипертрофии: по 25 ЕД в 3 точки с каждой стороны (суммарная доза 150 ЕД) (**рис. 10**). Инъекции выполнялись внутримышечно, иглу вводили перпендикулярно поверхности кожи. Таким образом, филлер и БТА инъецировали на принципиально разных анатомических уровнях, что позволило провести инъекции обоих препаратов в одну и ту же зону на одной процедуре.

После инъекции была наложена фиксирующая повязка с использованием пластырей для профилактики смещения введенного в большом объеме филлера и предупреждения развития отечности. Пациентке даны рекомендации по ограничению физической нагрузки, приему только мягкой и жидкой пищи в течение недели.

На **рис. 11** представлен результат трехмерного сканирования лица в разных плоскостях — до, сразу после проведения волкуметрической коррекции и инъекции Диспорта и через 3 мес после процедуры.

Рис. 11. Изображения сканограмм лица в разных плоскостях — до, сразу после проведения воллюметрической коррекции и ботулинотерапии и через 3 мес после процедуры

При анализе фотографий пациентки до лечения и спустя 3 мес после проведения комплексной коррекции заметны принципиальные изменения объемных параметров лица. Лицо гармонизировалось и более не выглядело изможденным. Тургор кожи заметно повысился. Можно отметить некоторое сглаживание области угла нижней челюсти за счет расслабления/гипотрофии жевательных мышц. В результате воссоздана овальная форма лица, которая воспринимается как более женственная.

Тем не менее при общем значительном улучшении клинической картины наблюдались локальные неровности рельефа в зонах наиболее выраженного истончения тканей. Пациентке была предложена дополнительная процедура коррекции дефектов кожного профиля, которая и была проведена через 4 мес после исходной процедуры. Для более полного восстановления объема было введено 4 мл препарата Yvoire Volume. Коррекцию кожного профиля проводили с использованием 1 мл препарата Yvoire Classic (LG Life Science, Южная Корея) — бифазного филлера на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты с размером частиц около 400 мкм. Данный препарат является менее вязким и более пластичным, предназначен для коррекции морщин и складок на лице. Филлер вводили интрадермально в технике «сэндвич». Результат коррекции представлен на **рис. 12**.



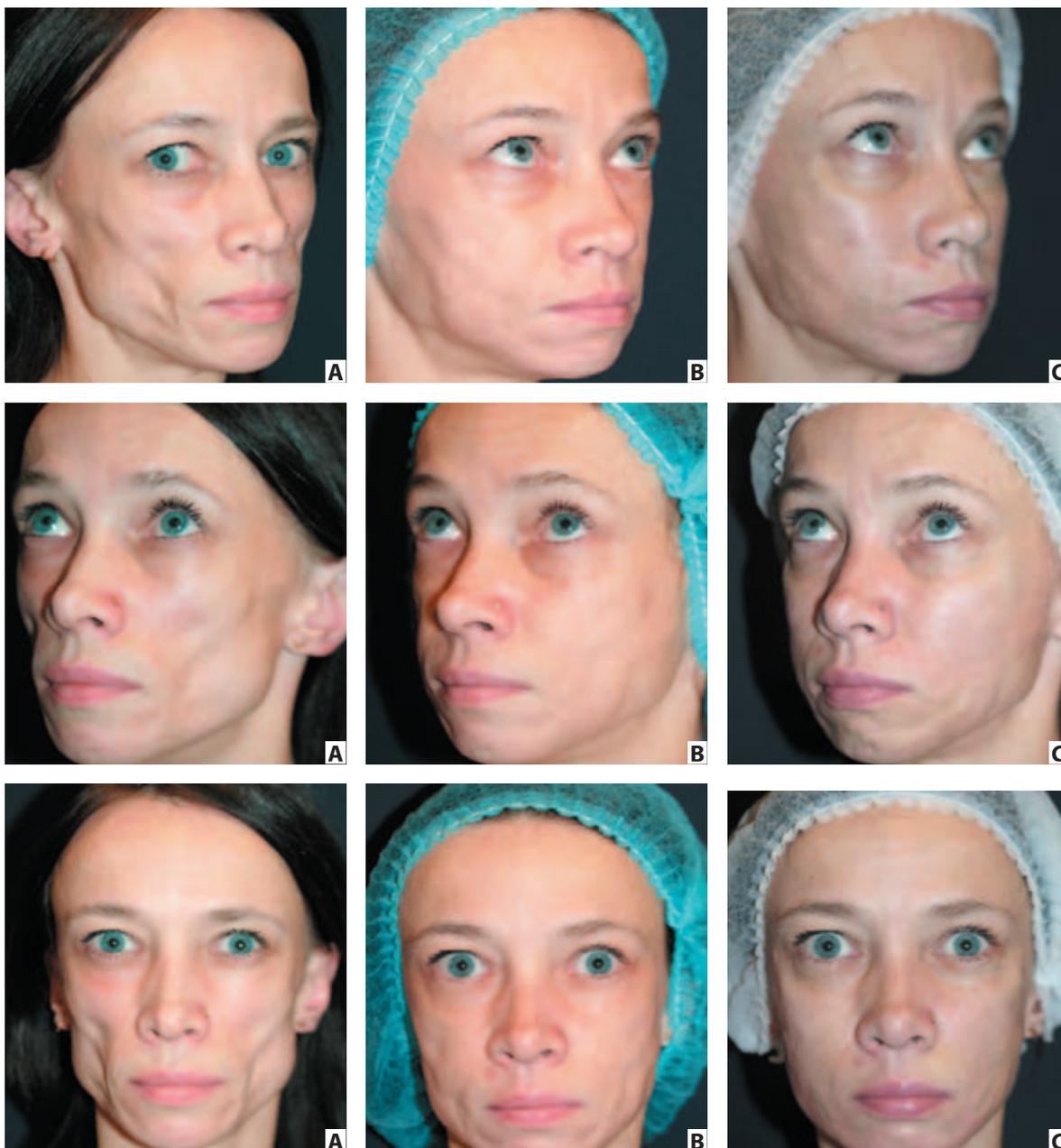


Рис. 12. Клиническая картина до (А), через 3 мес после волюметрической коррекции и ботулинотерапии (В), после проведения дополнительной коррекции (С)

Заключение

Контурная инъекционная пластика является методом эффективной эстетической коррекции липоатрофии лица. До настоящего времени с этой целью применяли преимущественно препараты со стимулирующим действием. Мы предлагаем использовать филлеры на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты, в отношении которых показан дополнительный эффект улучшения качества кожи в области инъекирования. Уже на процедуре введением достаточно большого объема препарата в веерной технике удастся восстановить до приемлемого уровня объем тканей в зоне атрофии. Наблюдающиеся неровности кожного профиля можно корректировать инъекированием небольшого количества более пластичного материала. Инъекции БТА в область гипертрофированных жевательных мышц позволяют улучшить форму овала лица: овальное лицо выглядит более женственным. Динамическое наблюдение за пациенткой позволит оценить длительность эффекта от проведенного лечения.