

YVOIRE®

Первые инновационные
филлеры с гибридными свойствами
сочетающие в себе эластичность (плотность) двухфазного филлера
с текучестью (пластичностью) монофазного

- Легко вводятся и моделируются, обеспечивая равномерное распределение в тканях.
- Обеспечивают долгий волюмизирующий эффект без смещения из зоны инъекции.
- Не вызывают отеков (данные многолетнего клинического опыта).
- Удобны в применении (эргономичные колорированные шприцы).
- Безопасность и эффективность подтверждены клиническими исследованиями.



INNOVATION Россия, Москва, Пр. Мира, д. 62, оф. 402, +7 (495) 374-53-73

www.innovation-lg.ru

Архангельск
Астрахань
Барнаул
Владивосток
Владикавказ
Волгоград
Воронеж
Екатеринбург
Иркутск
Казань

+7 (8182) 20-54-15
+7 (927) 660-78-99
+7 (923) 647-42-14
+7 (423) 209-58-30
+7 (962) 746-05-14
+7 (8442) 33-63-10
+7 (473) 296-92-51
+7 (343) 201-53-13
+7 (3952) 24-45-02
+7 (843) 522-82-11

Кемерово
Киров
Краснодар
Красноярск
Новосибирск
Омск
Пермь
Петрозаводск
Ростов-на-Дону

+7 (3842) 49-03-19
+7 (8332) 22-62-18
+7 (861) 253-73-34
+7 (391) 200-63-01
+7 (383) 362-08-15
+7 (3812) 30-81-64
+7 (342) 206-23-66
+7 (921) 467-72-77
+7 (863) 240-21-11

Самара
Санкт-Петербург
Сыктывкар
Тюмень
Улан-Удэ
Уфа
Чита
Хабаровск
Ярославль

+7 (937) 203-78-77
+7 (812) 713-12-70
+7 (912) 820-89-60
+7 (3452) 68-26-81
+7 (902) 168-84-07
+7 (917) 730-98-36
+7 (924) 502-15-19
+7 (4212) 61-70-68
+7 (4852) 97-16-47

Инъекционная блефаропластика

Коррекция периорбитальной области до сих пор остается одной из самых сложных процедур и требует особого внимания в технике выполнения и в выборе препарата. Осложнения заставляют врача отказаться от работы в этой зоне. Но зачастую инъекционная контурная пластика препаратами на основе гиалуроновой кислоты остается единственным способом устранить тот или иной дефект. Контурная пластика не решает проблемы радикально, но «инъекционный камуфляж» гиалуроновой кислотой выравнивает рельеф мягких тканей в месте перехода нижнего века в щечно-скуловую область и делает эту область эстетически привлекательной. Это мы и хотим продемонстрировать в данном мастер-классе.



Оксана Павленко

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

Показания инъекционной блефаропластики

- слезная борозда;
- пальпобромальная борозда;
- щечно-скуловая борозда;
- невыраженные грыжи нижних век;
- невыраженные малярные мешки;
- неготовность пациента к хирургическим методам коррекции.

Противопоказания инъекционной блефаропластики

- выраженные грыжи нижних век;
- выраженные малярные мешки;
- значительный избыток кожи;
- выраженный эластоз кожи;
- ранний послеоперационный период (состояние после пластической операции на лице);
- другие общие противопоказания для инъекционной контурной пластики.

Характеристики материала для инъекционной блефаропластики

Для успешной работы в периорбитальной зоне препарат должен быть:

- безопасным, чтобы не вызывать иммуновоспалительных реакций;
- эластичным, чтобы держать форму и не смещаться из зоны введения;
- пластичным во избежание контурирования в области с достаточно тонкой кожей;

- минимально гигроскопичным, чтобы не вызывать отеков в столь деликатной зоне.

Выбор препарата

Препараты семейства Yvoire (LG Life Science, Корея) — это бифазные препараты нового поколения с упругостью (эластичностью) бифазных препаратов и текучестью (пластичностью) монофазных. Поэтому они по праву называются филлерами с «гибридными» свойствами.

Высокая степень динамической упругости и эластичности одновременно с достаточной степенью текучести гарантируют поддержание объема, равномерное распределение и отсутствие миграции препарата даже в технике микрокапель и в условиях активной работы круговой мышцы глаза. Препарат характеризуется минимальной остаточной гигроскопичностью, что характеризуется отсутствием отека после процедуры, что, в свою очередь, очень важно для этой зоны.

Высокая степень чистоты гиалуроновой кислоты снижает риск развития иммуновоспалительных реакций, в том числе и в случае непреднамеренного попадания препарата в мышцу.

Введение в состав препарата некоторого количества нестабилизированной ГК делает этот филлер достаточно пластичным, похожим на монофазные филлеры, что облегчает их моделирование в тканях при сохранении высокого показателя модуля эластичности и обеспечивает безболезненное введение во время инъекции, что делает комфортной процедуру для пациента и для врача.

Выбор инструмента для работы в периорбитальной зоне

При коррекции слезной борозды мы предпочитаем вводить филлер с помощью иглы 30G.

Какие преимущества:

- возможность очень точного дозирования геля, что практически исключает риск гиперкоррекции;
- возможность работать в технике микрокапель реализуется только с помощью иглы;
- введение препарата проводится как параллельно, так и перпендикулярно поверхности кожи;
- деликатная коррекция в области маловыраженной депрессии;
- более точный контроль глубины инъекции;
- минимальное введение препарата;
- возможность проведения инъекций пациентам после блефаропластики — игла позволяет преодолевать области фибрирования;
- в отношении травматичности: канюли диаметром 27 и 30G обладают почти такими же колющими свойствами, как и иглы.

Высокая степень динамической упругости и эластичности одновременно с достаточной степенью текучести гарантирует поддержание объема, равномерное распределение препарата и отсутствие его смещения из зоны инъекции.

Разметка

Верхняя граница разметки соответствует костному краю орбиты, нижняя — зоне перехода тонкой кожи в толстую кожу щеечно-скуловой области. Линии разметки ограничивают область расположения филлера. Далее по среднезрачковой линии, отступая 5–8 мм от костного края орбиты, отмечаем локализацию инфраорбитального отверстия (выход подглазничного нерва, артерии, вены). А также необходимо помнить о проекции угловой артерии и вены в области медиального кантуса глаза, для чего мы маркируем эту зону, отступая 10 мм вниз и латеральнее внутреннего угла глаза^[Рис. 1].

Авторская микрокапельная техника инъекций^[Рис. 2]

Пациентка 36 лет обратилась с жалобой на «мешки» под глазами. При осмотре отчетливо визуализируются нижние медиальные и центральные жировые пакеты средней степени выраженности. Было рекомендовано хирургическое лечение — классическая блефаропластика, от которой пациентка категорически отказалась. Как альтернативный метод пациентке была предложена инъекционная контурная пластика филлером Yvoire Classic, препаратом средней вязкости с размером частиц 400 микронетров.

Необходимо учитывать, что предпочтительно работать в этой зоне от центра к периферии, начиная с коррекции слезной борозды. Перед инъекцией в обязательном порядке проводится обработка области инъекции водным раствором хлоргексидина биглюконата. Первым этапом проводится коррекция слезной борозды. Иглу вводим на уровне нижней разметки (проекция слезной борозды) на линии, проходящей через внутренний край радужки^[Рис. 3], перпендикулярно коже до соприкосновения с надкостницей, далее разворачиваем на 45° и по надкостнице продвигаем медиально вверх. Останавливаемся, не доходя 1 см до медиального кантуса глаза^[Рис. 4]. При этом может ощущаться некоторое сопротивление, поскольку в этой области круговая мышца глаза крепится к верхнечелюстной кости. После введения 0,05 мл препарата инъекцию прекращаем и на ретроградном ходе иглы через каждые 2 мм инъецируем капельками по 0,05 мл геля. Таким образом, материал вводим в 5 и более точек, строго супрапериостально, по нижней границе разметки.

Далее отступаем от первой точки вкола на расстояние, примерно равное длине иглы (13 мм) и делаем второй прокол кожи, вводя иглу перпендикулярно поверхности^[Рис. 5]. Вновь доходим до надкостницы, разворачиваем иглу на 45° и по надкостнице продвигаем медиально вверх по нижней границе разметки (проекция

● Точка вкола

★ Инфраорбитальное отверстие

▲ Опасная зона (локализация угловой артерии и вены)

○ Капли ГК

..... Костный край орбиты

----- Переход тонкой кожи в толстую

→ Направление хода иглы

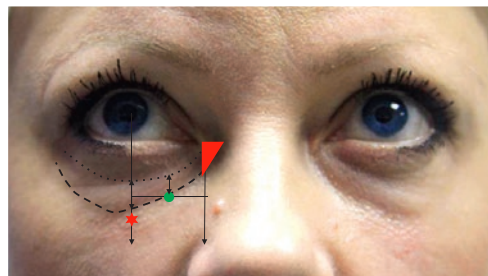


Рис. 1

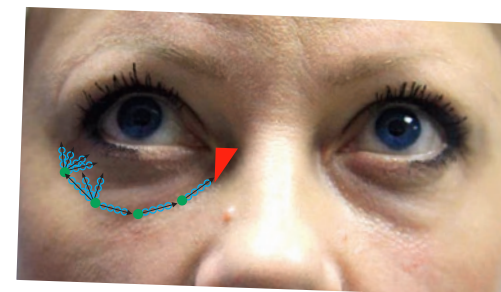


Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6

После завершения инъекций пальпируем зону введения филлера, чтобы убедиться в равномерном введении препарата.

медиальной части пальпобромалярной борозды)^[Рис. 6]. На этом уровне вводим первую каплю препарата. Затем повторяем ретроградное капельное введение по заданному вектору.

Следующая инъекция^[Рис. 7, 8] выполняется аналогично, но, в отличие от предыдущих инъекций, после того как ретроградно капельно был введен препарат по медиальной части борозды, игла не выводится из кожи, а перемещается под углом 180° ^[Рис. 9] в сторону ее латеральной части (к латеральному кантусу глаза). После чего вводится ретроградно капельно строго на одной глубине — супрапериостально — по одной линии. Так как у пациентки есть наличие медиальных и центральных грыж нижних век, недопустимо введение препарата выше нижней разметки, во избежание попадания геля в интраорбитальную жировую клетчатку и усугубление грыжевых выпячиваний.

Последняя завершающая инъекция — это коррекция латеральной части пальпобромалярной борозды. В отличие от предыдущих инъекций, в этой области мы имеем возможность обработать зону депрессии ретроградно капельно, используя веерную технику инъекций, так как здесь отсутствуют латеральные жировые пакеты^[Рис. 10, 11, 12].

После завершения инъекций пальпируем зону введения филлера, чтобы убедиться в равномерном введении препарата.

Все инъекции в периорбитальной зоне проводятся строго супрапериостально. Контроль правильного расположения иглы осуществляется следующим образом: не вынимая иглу, попробуем приподнять ее — при расположении иглы под мышцей этот «маневр» крайне затруднителен, мы ощущаем сопротивление нашему движению.

Результат инъекционной коррекции

Результат инъекционной блефаропластики представлен на рисунке 13. Препарат израсходован в общем объеме 1,0 мл, из которого 0,4 мл — для коррекции слезных борозд, 0,6 мл — для коррекции пальпобромалярных борозд. Клинический результат сохраняется на протяжении двух лет (период наблюдения за пациенткой). Контурная и объемная коррекция, выполненная с использованием филлеров Yvoire, обеспечивает длительный выраженный, но естественный результат^[Рис. 14].



Рис. 7



Рис. 8

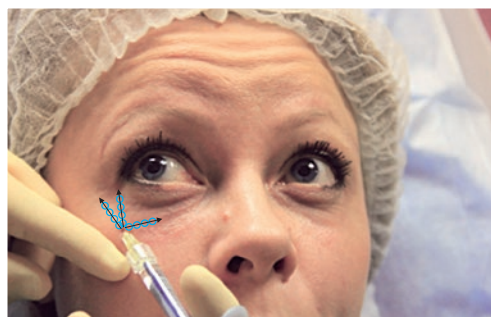


Рис. 9



Рис. 10



Рис. 11



Рис. 12



Рис. 13а. До

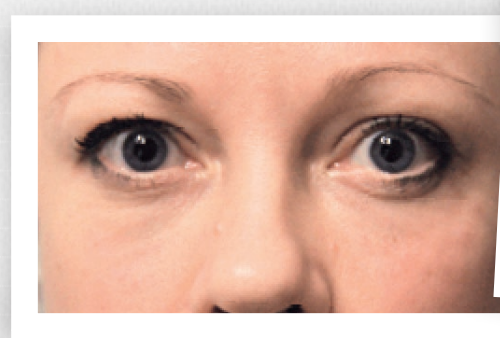


Рис. 13б. После



Рис. 14. Результат через 2 года



Важные критерии успеха

- лояльный пациент;
- пациент с выраженной ПЖК и плотной кожей, что позволяет уменьшить риски контурирования геля;
- препарат выбора — гель средней вязкости на основе ГК, эластичный, пластичный, не вызывающий отеков в этой зоне, что обеспечивает естественный и гармоничный результат;
- положение пациента сидя, строго вертикально, со слегка опущенным подбородком и поднятыми вверх глазами;
- введение минимального объема геля, так как гипокоррекция в этой зоне предпочтительнее, чем гиперкоррекция;
- введение геля строго супрапериостально; введенный над мышцей препарат может контурироваться, мигрировать, смещаться, а также становиться причиной развития эффекта Тиндаля;
- двухэтапная коррекция, которая поможет более четко прогнозировать конечный результат;
- отказ от аппликационной анестезии из-за развития пастозности и риска появлений кровоизлияний в процессе инъекций;
- капельная техника — предлагаемая авторская техника инъекций позволяет проводить коррекцию этой сложной зоны практически безболезненно, с невысоким риском травмирования сосудов и нервов, а также адаптировать микродозы ко всем нюансам рельефа проблемной области. ○