

Возможности филлеров в коррекции нежелательных явлений после блефаропластики и липофиллинга нижних век

О.Ю. Павленко

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

И.Э. Хрусталева

доктор медицинских наук, пластический хирург, национальный секретарь Международного общества эстетических пластических хирургов (ISAPS), сертифицированный член Международной программы Expert-to-Expert «Инъекционные методы в эстетической медицине» (Франция), зав. кафедрой пластической хирургии факультета последипломного образования СПбГУ им. И.П. Павлова, главный врач клиники «Академия» (Санкт-Петербурге)

В.В. Атаманов

офтальмолог, пластический хирург, зав. отделением реконструктивной и пластической хирургии Новосибирского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Федорова» Росмедтехнологий (Новосибирск)

С.В. Грищенко

доктор медицинских наук, челюстно-лицевой хирург, врач высшей категории, зав. отделением пластической хирургии Клиники активного долголетия «Институт красоты на Арбате» (Москва)

А.Г. Стенько

доктор медицинских наук, косметолог, зав. отделением косметологии Клиники активного долголетия «Институт красоты на Арбате» (Москва)

В последнее время участились случаи обращения пациентов, недовольных или не полностью удовлетворенных результатами хирургической блефаропластики и липофиллинга нижних век, той клинической картиной, которая наблюдается после оперативного вмешательства. К основным жалобам относятся:

- неполная коррекция жировых грыж или их рецидив;
- картина впалых нижних век (изнуренного лица) вследствие избыточного удаления жировой ткани;
- скелетизация орбиты;
- визуальное усугубление пальпобромаларной (слезной) и нососкуловой борозды;
- контурирование и неравномерное распределение жира при липофиллинге нижних век, носослезной борозды и в области скелетизированной орбиты;
- лимфостаз и отеки в периорбитальной области.

Все эти нежелательные явления отрицательно сказываются на внешнем облике пациентов и их психологическом статусе. После не совсем удачного хирургического вмешательства у многих развивается страх перед повторной операцией.

Данной группе пациентов можно предложить консервативные методы коррекции этих нежелательных проявлений, в том числе инъекционную контурную пластику филлерами на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты. Цель коррекции — выравнивание контуров лица и рельефа кожи в месте перехода нижнего века в щечноскуловую область, заполнение зон депрессии в виде «впалых» нижних век и выраженных борозд подглазничной области (пальпобромаларных и нососкуловых), выравнивание рельефа в области контурирующейся жировой ткани после липофиллинга, а также нивелирование проявлений стойкого лимфостаза.

На примере нескольких клинических случаев разберем некоторые из обозначенных выше ятрогенных проблем и способы их решения.

Клинический случай 1: рецидив жировых грыж, ретракция нижних век

После блефаропластики у пациента наблюдалась отчетливая визуализация остаточных проявлений жировых грыж нижних век, сформировался склеральный просвет (до операции отсутствовал), форма глаз стала более округлой, возможно, из-за послеоперационной рубцовой



Рис. 1. Пациент с рецидивом жировых грыж нижних век, ретракцией нижних век: А — до, В — после операции; С — результат инъекционной пластики подглазничной области препаратами Yvoire Classic и Yvoire Volume

ретракции век (**рис. 1 А и В**). Сохранились пальпебротемпоральные борозды и выбухание малярного жира слева. Пациент категорически отказался от повторного оперативного вмешательства с целью удаления грыж нижних век и нивелирования побочных эффектов.

В качестве альтернативного метода была предложена малоинвазивная коррекция — инъекционная пластика филлером на основе гиалуроновой кислоты с целью выравнивания кожного рельефа подглазничной области путем заполнения пальпебротемпоральных (в том числе их медиальной части — слезной борозды) и нососкуловых борозд. Предлагая данный вариант коррекции, мы понимали, что, выполняя «инъекционный камуфляж», не удаляем грыжевые и малярные выпячивания, однако за счет выравнивания рельефа, возможно, достигнем эстетически приемлемого результата. Для коррекции использовали следующие препараты:

- Yvoire Classic (LG Life Science, Ю. Корея) — бифазный филлер средней плотности с размером частиц 400 мкм и концентрацией гиалуроновой кислоты 22 мг/мл;
- Yvoire Volume (LG Life Science, Ю. Корея) — бифазный гель высокой плотности с размером частиц 830 мкм и концентрацией гиалуроновой кислоты 22 мг/мл.

Препарат Yvoire Classic вводили в пальпебротемпоральные борозды (в том числе в слезные борозды) супрапериостально ретроградно в микрокапельной технике по 0,5 мл с каждой стороны. Препарат Yvoire Volume инъецировали в нососкуловые борозды на уровне гиподермы с целью восстановления объема и выравнивания кожного профиля в объеме по 0,5 мл с каждой стороны (**рис. 2**). Проведение инъекции осложнялось выраженным спаечным процессом после блефаропластики, поэтому введение филлеров выполняли с помощью иглы 30G 13 мм. Препараты инъецировали таргетно, исключая попадание в инфраорбитальную и малярную жировую клетчатку.

В результате проведенной процедуры достигнут выраженный клинический эффект нивелирования рельефа лица в подглазничной области (**рис. 1С**). Нерешенной осталась проблема некоторого отстояния нижнего века слева.

Комментарии Грищенко С.В., Стенько А.Г.

До операции пациент имел выраженные инволюционные изменения лица (третья степень по классификации И.А. Фришберга, 1984), жировые грыжи нижних век на фоне их гипотонии, контурирование подглазничных борозд и малярного жира с двух сторон. После нижней блефаропластики отмечен ограниченный результат в виде сохранения припухлостей в области нижних век и в скуловых областях, рубцовой ретракции и гипотонии нижних век. Подобная ситуация встречается у пациентов с повышенной гидрофильностью орбитальной клетчатки, с врожденными нарушениями микроциркуляции в тканях орбиты, ретинопатией, связанной с сахарным диабетом или заболеваниями щитовидной железы, и при выраженных атрофических процессах в тканях век, например при блефарохалазисе. Контурирование малярного жира обычно остается, если

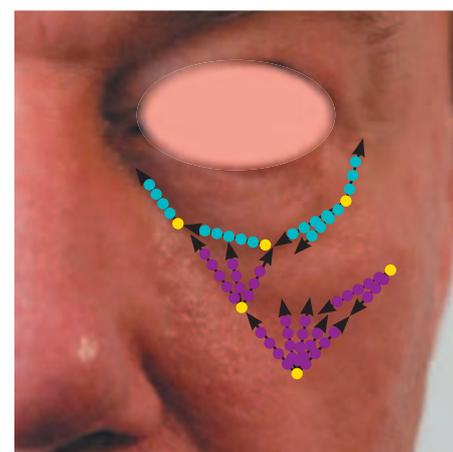


Рис. 2. Схема инъекций филлеров Yvoire Classic и Yvoire Volume

- точки вкола иглы
- ➔ направление введения иглы
- микрокапли филлера Yvoire Classic
- микрокапли филлера Yvoire Volume

Решать конкретные нежелательные последствия блефаропластики целесообразно двумя способами: во-первых, с помощью реоперации, во-вторых, проведением инъекционной пластики в зонах западения тканей с помощью филлеров на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты.

зона отслойки при нижней эстетической блефаропластике не распространяется на скуловую область и операция не включает плоскостную резекцию этого фрагмента жировой ткани с элементами укрепления круговой мышцы глаза (миопексия, лифтинг круговой мышцы глаза).

Учитывая вышеизложенное, решать конкретные нежелательные последствия блефаропластики целесообразно двумя способами: во-первых, с помощью реоперации, во-вторых, проведением инъекционной пластики в зонах западения тканей с помощью филлеров на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты. Именно второй путь и был выбран в данной клинической ситуации, наблюдавшейся через год после нижней эстетической блефаропластики. По нашему мнению, этот вариант коррекции в подобной ситуации являлся оптимальным — щадящим для пациента и достаточно эффективным с точки зрения эстетического результата. Преимуществом данного подхода с использованием филлеров Yvoige является отсутствие отека окружающих тканей в реципиентной зоне, что было важным для пациента.

Комментарий Хрусталевой И.Э.

К сожалению, представленных данных, включающих только одну фотографию пациента после операции (без указания сроков ее выполнения), недостаточно для анализа конкретной клинической ситуации. Тем не менее хочется поздравить автора с достигнутым контурным улучшением в подглазничной области. Достаточно ли этого для ликвидации последствий ранее проведенной блефаропластики? Боюсь, что нет, поскольку сохраняется изменение формы левой глазной щели за счет ретракции нижнего века. Для меня как для хирурга оптимальным способом повторного вмешательства в случаях, аналогичных приведенному, безусловно, являются хирургические манипуляции, выбор которых достаточно обширен. Готов ли к этому пациент? Наверное, это зависит от тяжести не только эстетических, но и функциональных проблем, а также от специализации доктора, собирающегося проводить коррекцию, — пластическая хирургия или косметология. Что касается проведенных инъекционных процедур в такой сложной анатомической зоне, то, на мой взгляд, они выполнены безупречно.

Комментарий Атаманова В.В.

По нашему опыту, пациенту еще до операции следует разъяснить необходимость проведения в послеоперационном периоде мероприятий, направленных на восстановление объема тканей средней зоны лица, в том числе с помощью филлеров.

Клинический случай 2: синдром «запавших» нижних век в результате избыточного удаления жировой ткани при блефаропластике

По поводу жировых грыж нижних век пациентке было проведено хирургическое вмешательство 16 лет назад. На фоне избыточного удаления жировой ткани подглазничной области сформировалась характерная клиническая картина «запавших» нижних век, что придавало лицу пациентки изнуренный вид (**рис. 3А**). В настоящее время подобные нежелательные явления после нижней блефаропластики практически исключены, поскольку во время операции выполняется не столько резекция, сколько перераспределение жировой ткани.

Для коррекции данного нежелательного явления возможно восстановление недостающего объема как с помощью собственной жировой ткани (липофиллинг), так и с использованием филлеров на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты. Определенные трудности при проведении липофиллинга связаны с последующей достаточно быстрой резорбцией введенной жировой ткани в объеме до 50%, что затрудняет прогнозирование конечного эстетического результата. Резорбция может происходить неравномерно, и возникающие дефекты кожного профиля исправить нелегко. По нашему мнению,



Рис. 3. Клиническая картина «запавших» нижних век (изнуренное лицо) после блефаропластики нижних век (А); результат корригирующей инъекционной пластики препаратами Yvoire Classic и Yvoire Contour — через 2 года после процедуры (В)

методом первого выбора при коррекции такого рода эстетических проблем является инъекционная пластика препаратами на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты. Современные препараты иммунологически инертны и подвергаются биодegradации в течение достаточно длительного времени. В то же время при возникновении осложнений у врача всегда есть инструмент для ускоренной биодegradации введенного материала — гиалуронидаза.

Для коррекции дефицита объема мягких тканей у данной пациентки использовали филлер Yvoire Classic в суммарном объеме 1,0 мл. Перед проведением инъекций наносили разметку костного края орбиты и линии перехода тонкой кожи век в толстую — границы, выше которой нельзя вводить препарат. Отмечали опасные зоны: область инфраорбитального отверстия и локализацию угловой артерии и вены. Филлер вводили супрапериостально ретроградно в технике микрокапель (рис. 4). Эта методика апробирована нами в течение 6 лет и подробно описана в предыдущей публикации*. В щечноскуловые области был введен филлер Yvoire Contour (в суммарном объеме 4,0 мл) — бифазный гель очень высокой плотности с размером частиц 1400 мкм. В результате проведенной процедуры был восстановлен объем мягких тканей в щечноскуловой и подглазничной областях, исчезли синие круги под глазами (обусловленные игрой света и тени), лицо выглядело посвежевшим (рис. 3В).

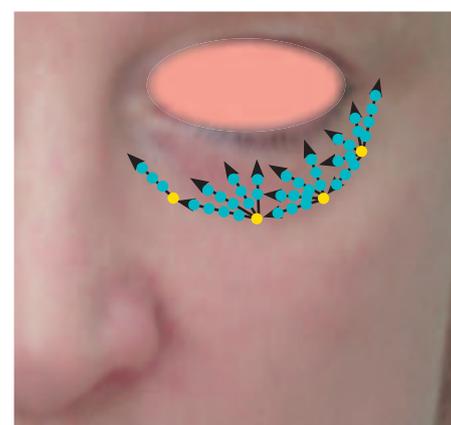


Рис. 4. Схема инъекций филлера Yvoire Classic

- точки вкола иглы
- направление введения иглы
- микрокапли филлера Yvoire Classic

Комментарий Хрусталевой И.Э.

Выраженная пальпаторная борозда при отсутствии объемных грыжевых выпячиваний и при «западении» нижнего века, как в представленном клиническом примере, — прямое показание для использования правильно выбранного филлера, во всяком случае в моей практике. Полностью согласна с автором, продемонстрировавшим ожидаемо хороший результат коррекции.

Комментарий Атаманова В.В.

Считаю, что липофиллинг в нижнеорбитальной области — зачастую неоправданное мероприятие в связи с высоким риском получения неудовлетворительного результата. В первую очередь это связано с нестабильностью объема трансплантированных адипоцитов. Известный факт, что даже при самом благоприятном течении ситуации происходит разрушение 25% пересаженных клеток. Гораздо чаще в первые 3 мес мы наблюдаем потери до 50% объема трансплантированной жировой ткани. Для получения оптимального результата, особенно при значительном дефиците объема проблемной области, необходимо заведомо избыточное введение жировой ткани, что значительно ухудшает внешний вид пациента в раннем и среднесрочном периоде после проведения липофиллинга. При использовании филлеров мы не нуждаемся в гиперкоррекции, избегаем ее и можем получить приемлемый стабильный результат сразу после процедуры.

* Павленко О.Ю. Перiorбитальная область: от страха к идеальному результату. Инъекционные методы в косметологии. 2014; 2: 120–122.

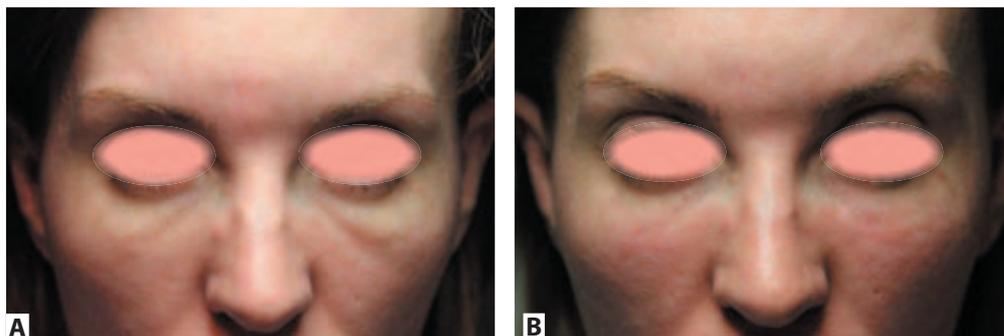


Рис. 5. Посттравматический лимфостаз в периорбитальной области после двух операций блефаропластики нижних век (А); результат корригирующей инъекционной пластики препаратом Yvoire Classic (В)

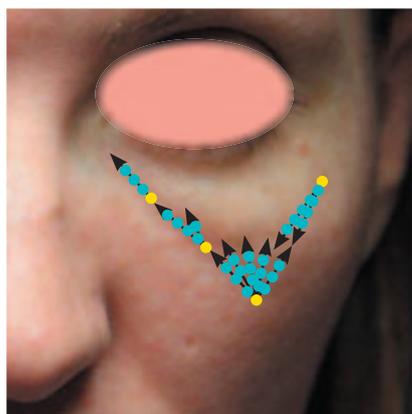


Рис. 6. Схема инъекций филлера Yvoire Classic

- точка вкола иглы
- ➔ направление введения иглы
- микрокапли филлера Yvoire Classic

Клинический случай 3: посттравматический лимфостаз в подглазничной области после двух операций блефаропластики нижних век

С жалобой на выраженные «мешки» в области нижних век пациентка была направлена на оперативную коррекцию — трансконъюнктивальную блефаропластику. После операции пациентка обратилась с жалобой на сохранившийся избыточный объем (отеки?), особенно выраженный слева. Прошла курс из 20 процедур микротоковой и лимфодренажной терапии с отрицательной динамикой клинической картины. Хирургом была предложена повторная блефаропластика с чрескожным доступом с целью иссечения несократившейся кожи нижних век. После проведенного лечения клиническая картина отечности сохранялась (рис. 5А). Предположительный диагноз: посттравматический лимфостаз периорбитальной области, возможно обусловленный спаечным процессом и объективным затруднением лимфооттока.

Пациентке проведена инъекционная контурная пластика в области крепления к коже скуловой связки (нососкуловая борозда), которая и отграничивала зону лимфостаза. В данном случае принципиальное значение имеет прицельное введение в зону, находящуюся ниже очага лимфостаза, филлера, обладающего низкой остаточной гигроскопичностью. Препарат с другими свойствами, связывающий значительный дополнительный объем воды, или же нарушение техники инъекций могли привести к усугублению местного отека. Препаратом выбора был филлер Yvoire Classic, применение которого, по нашему опыту, не сопровождается появлением дополнительного объема в ближайшие после процедуры дни. Инъекции в область нососкуловой борозды и ее медиального отдела, слезной борозды, выполнялись с помощью иглы 27G 13 мм. Филлер вводили супрапериостально в области слезной борозды и далее в области глубокой жировой клетчатки (SOOF) ретроградно капельной техникой (рис. 6). Суммарно израсходован 1,0 мл препарата. В результате проведенной манипуляции выровнен рельеф лица в подглазничной области без усугубления проявлений отечности и лимфостаза (рис. 5В).

Комментарий Хрусталевой И.Э.

К сожалению, снова не представлено достаточных данных, в том числе фотографий в динамике, чтобы сделать какие-то однозначные выводы. Результат коррекции контурных нарушений продемонстрирован, он очевиден и, по-видимому, удовлетворяет конкретную пациентку. Может ли предложение автора быть универсальным методом выбора во всех ситуациях, аналогичных обсуждаемой? Чтобы убедить меня в этом, нужно представить больше данных по динамическому наблюдению за результатом в отдаленные сроки после коррекции, еще лучше, если этих результатов будет много. Для меня, даже исходя из парциальной фотографии пациентки до коррекции, очевидно, что проведенные две изолированные нижние блефаропластики никоим образом не могли решить имеющиеся проблемы средне-медиального отдела лица. Соответственно, логично предполагать, что адекватное хирургическое омоложение периорбитальной области, выполненное



Рис. 7. Контурирование жирового аутоотрансплантата в периорбитальной области: картина после липофиллинга (А); результат корригирующей инъекционной пластики препаратом Yvoire Classic (В)

первично, избавило бы и пациентку, и докторов от необходимости повторных коррекций. Инъекционные методики для решения контурных проблем средней трети лица также имеют право на существование, не могу не согласиться. Однако в случаях, подобных обсуждаемому, — после проведенных оперативных вмешательств, травм, на фоне длительно существующих нарушений лимфооттока и проч., — специалист, берущий в руки шприц, должен отлично знать топографическую анатомию, обладать не только достаточным клиническим опытом, но и виртуозной техникой введения препаратов в глубокие слои.

Комментарий Атаманова В.В.

В данном случае, так же как и в клиническом примере 2, вопрос о необходимости дополнительного проведения инъекционной пластики должен быть рассмотрен и обсужден до операции. Коррекция средней зоны лица с помощью филлеров проводится, как правило, через 1,5–2 мес после операции. Как показывает практика, при достижении хорошего исходного результата эффект стабильно сохраняется в течение более 18 мес, и в дальнейшем докоррекция проводится с использованием меньшего объема филлера.

Мы активно используем филлеры на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты для коррекции объема орбиты после энуклеации (удаления глазного яблока), а также при посттравматических повреждениях мягких тканей периорбитальной области. Наш опыт насчитывает более 10 лет. В последнее время мы работаем с филлерами линейки Yvoire с хорошими клиническими и эстетическими результатами.

Клинический случай 4: контурирование жирового аутоотрансплантата в периорбитальной области (после липофиллинга)

Спустя два года после липофиллинга нижних век и щечноскуловых областей пациентка обратилась с жалобой на фрагментарное контурирование введенной жировой ткани (**рис. 7А**). Хирург отказался проводить реоперацию с целью удаления контурирующейся жировой ткани и повторный липофиллинг, поскольку это могло бы привести к усугублению картины неравномерного распределения жирового аутоотрансплантата. Пациентке была предложена инъекционная контурная пластика с использованием гиалуронового филлера. Препарат Yvoire Classic вводился над и под область контурирования жировой ткани по линиям пальпебромаллярной (супрапериостально) и нососкуловой борозд (в глубокую жировую клетчатку) ретроградно в капельной технике (**рис. 8**). Инъекции проводили с помощью иглы 30G 13 мм, суммарно израсходовали 1,0 мл препарата. В результате был достигнут хороший и стабильный эстетический результат, который в дальнейшем не потребовал докоррекции (**рис. 7В**).

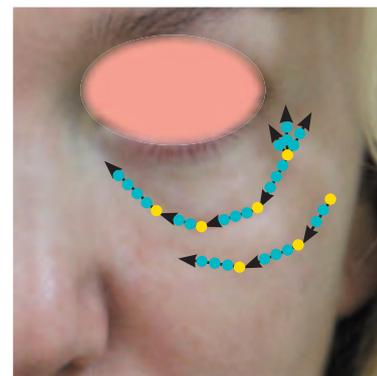


Рис. 8. Схема инъекций филлера Yvoire Classic

- точка вкола иглы
- направление введения иглы
- микрокапли филлера Yvoire Classic

На примере рассмотренных клинических случаев можно говорить о целесообразности выделения нового показания для инъекционной пластики филлерами на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты — коррекции нежелательных явлений после оперативного вмешательства в подглазничной области и липофиллинга.

Комментарий Хрусталевой И.Э.

Достигнутый инъекциями гиалуронового филлера результат выглядит впечатляющим! (Правда, скептики скажут, что хотелось бы сравнивать фотографии до и после, сделанные в одинаковых условиях.) В своей практике я также предпочитаю использовать филлеры для коррекции невыраженных контурных нарушений различной этиологии: при адекватном выборе препарата можно достигать стабильно хороших результатов.

Комментарий Атаманова В.В.

Неравномерное распределение трансплантированной жировой ткани в периорбитальной области зачастую связано с процессом фиброобразования в зоне трансплантации. С ним же может быть связан и лимфостаз в этой области. Существует два варианта решения данной проблемы:

- разрушение очага фиброобразования путем введения малых доз глюкокортикоидов (бетаметазон) и последующая коррекция рельефа филлерами, не обладающими высокой остаточной гигроскопичностью;
- корригирующая инъекционная пластика через 4–6 мес после липофиллинга филлерами на основе гиалуроновой кислоты.

Главная же рекомендация: изначально для коррекции объема нижнеорбитальной области выбирать гиалуроновые филлеры.

Обсуждение

На примере рассмотренных клинических случаев можно говорить о целесообразности выделения нового показания для инъекционной пластики филлерами на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты — коррекции нежелательных явлений после оперативного вмешательства в подглазничной области и липофиллинга. Однако, по нашему мнению, проведение подобного рода процедур относится к компетенции опытных врачей-косметологов, поскольку требует уточнения этиологии возникших проблем, тщательного выбора препарата и техники инъекций, а также готовности оперативно разрешать новые нежелательные явления.

Итак, обозначим слагаемые успеха при проведении малоинвазивной коррекции ятрогенных дефектов рельефа лица в подглазничной области:

- активная работа в тандеме с пластическим хирургом для выбора оптимального метода решения возникших проблем;
- достаточный опыт в проведении инъекционной пластики, в частности при коррекции средней зоны лица;
- доскональное знание топографической анатомии;
- выбор оптимального препарата;
- выбор адекватной техники инъекций, позволяющей провести процедуру безопасно и эффективно.

Выбор филлера имеет принципиальное значение. По нашему мнению, громадным преимуществом обладают препараты на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты: коррекция ятрогенных дефектов представляет определенные сложности, и в случае неудачи может потребоваться удаление препарата, полное или частичное. При использовании гиалуроновых филлеров у нас есть инструмент для этого — препараты гиалуронидазы. Ограничением к использованию таких филлеров служит остаточная гигроскопичность материалов, т.е. способность *in situ* притягивать и удерживать дополнительное количество воды, особенно в областях лица, богатых жировой клетчаткой. Некоторые специалисты предлагают проводить намеренную гипокоррекцию объема, однако, на наш взгляд, целесообразнее исходно выбирать препараты с низкой остаточной гигроскопичностью, что позволяет на процедуре проводить оптимальную коррекцию без риска усугубления объемного эффекта. Филлер должен быть достаточно упругим и сохранять форму при динамической нагрузке, но в то же время оставаться пластичным для равномерного распределения в тканях без контурирования. Препараты линейки Yvoire, в частности филлер Yvoire Classic, отвечают поставленным требованиям, что и показано нашим опытом их разнообразного клинического применения.

Anytime Anywhere YVOIRE®



Инновационный филлер
для изысканной работы
в периорбитальной области:
длительный, стабильный результат
без отеков и смещения препарата.



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

www.innovation-lg.ru

Архангельск +7 (8182) 20-54-15
Астрахань-Волгоград +7 (8442) 33-63-60
Барнаул +7 (923) 647-42-14
Владивосток +7 (423) 209-58-30
Екатеринбург +7 (343) 200-01-28
Иркутск +7 (3952) 72-77-18
Казань +7 (843) 522-82-11

Кемерово +7 (3842) 49-03-19
Киров +7 (912) 820-89-60
Краснодар +7 (861) 253-73-34
Красноярск +7 (908) 022-07-60
Курган +7 (912) 839-56-37
Новосибирск +7 (383) 362-08-15
Омск +7 (3812) 30-81-64
Пермь +7 (342) 206-23-66

Петрозаводск +7 (921) 467-72-77
Ростов – на –Дону +7 (863) 240-21-11
Самара +7 (937) 203-78-77
Санкт Петербург +7 (812) 713-12-70
Тюмень +7 (3452) 39-09-05
Уфа +7 (917) 730-98-36
Хабаровск +7 (4212) 61-70-68
Ярославль +7 (4852) 97-16-47