

## ОКУЛОПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

### КОММЕНТАРИИ К РАБОТЕ

# «КАНАЛЫ ДЛЯ АУГМЕНТАЦИИ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕХНИК КОСМЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ»



**Джоэл Э. Песса**

врач, член Американской коллегии хирургов»

Журнал эстетической хирургии, 2015 год, номера: 1 – 2  
© 2015, Американское общество эстетической и пластической хирургии  
(American Society for Aesthetic Plastic Surgery, Inc.)  
Переиздание и разрешение: journals.permissions@oup.com  
Цифровой идентификатор объекта: 10.1093/asj/sju154  
www.aestheticsurgeryjournal.com  
ИЗДАТЕЛЬСТВО ОКСФОРДСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Aesthetic Surgery Journal Advance Access published February 2, 2015  
Aesthetic Surgery Journal 2015, 1–2  
© 2015 The American Society for Aesthetic Plastic Surgery, Inc.  
Reprints and permission: journals.permissions@oup.com  
DOI: 10.1093/asj/sju154  
www.aestheticsurgeryjournal.com  
OXFORD University Press  
Joel E. Pessa, MD, FACS

Авторы работы «Каналы для аугментации средней зоны лица. Определение техник косметической хирургии» демонстрируют свою технику работы с жировыми компартментами и анатомическими полостями, создавая всесторонний подход к омоложению средней зоны лица<sup>1</sup>. Центральными моментами нашего исследования являются точки введения филлеров, а также техники и методики, характерные для подхода авторов к аугментации лица.

Методика авторов статьи примечательна своим отличием от более ранних техник омоложения средней зоны лица, основанных на репозиции мягких тканей одним блоком. Авторы рассматривают среднюю зону лица не как «скуловой жир», а как группу отдельных жировых составляющих и полостей, каждая из которых вносит свой вклад в формирование общей структуры лица. Для данного подхода характерно использование трех точек введения филлеров, обеспечивающих доступ к жировым компартментам и полостям, к которым может применяться аугментация.

В описанном подходе к омоложению лица до начала процедуры аугментации складок и морщин особое внимание уделяется форме, опоре и структуре. Авторы утверждают, что этот подход улучшает конечный результат применяемых процедур. Кроме того, аугментация главных зон в качестве предварительного этапа процедуры может способствовать снижению объема, необходимого для коррективки некоторых складок. Пример аугментации глубоких составляющих щечно-го жира и носогубной складки является аргументом в пользу подхода, направленного, в первую очередь, на создание опоры, а затем на коррекцию складок и морщин.

Этот подход может также способствовать снижению вероятности возникновения одного из самых распространенных и неустраняемых осложнений процедур контурной пластики – затяжного и не поддающегося лечению

отека. При осторожном иссечении носогубной складки или каймы верхней губы под сильным увеличением можно заметить, что лимфатические сосуды идут параллельно указанным структурам. Этот факт согласуется с теорией о том, что складки не возникают случайно или произвольно, а формируются над подповерхностными структурами, включая лимфатические сосуды. Отек после введения филлера в носогубную складку является широко известным осложнением, связанным с тем, что большие лимфатические сосуды проходят по границе между подглазничным и скуловым жировыми компартментами. Менее распространенным осложнением является затяжной отек после введения филлера в носогубную складку и в кайму верхней губы, отчетливо проявляющийся в сглаживании границы между кожей красной каймы губы и двух колонн фильтрума. Любой подход, связанный со снижением объема филлера, необходимого для коррекции складок, возможно, также способствует снижению вероятности возникновения этого потенциального осложнения.

Первой точкой введения филлера, описанной авторами, является медиальный жировой пакет средней зоны лица, расположенный на 1,5 см ниже и в сторону от основания клиновидной кости в носогубной складке. Целью введения филлера в эту точку является увеличение объема передней части щеки и сглаживание эффекта старения путем аугментации глубокого медиального компартмента щечно-го жирового пакета, медиального поверхностного жирового компартмента, предчелюстных и медиальных предчелюстных полостей, а также верхнего носогубного жирового компартмента. Все это создает прочные основы подхода, необходимого для достижения поставленных целей.

Однако при коррекции медиальной средней части лица с помощью этого подхода могут быть полезны две рекомендации. Во-первых, крайне важно сделать оговорку об отсутствии надежных доказательств того, что процесс старения одного жирового компартмента отлича-

ется от процесса старения другого. В данном случае все предположения основаны на клинической интерпретации. Корректность или некорректность этих клинических наблюдений может быть доказана со временем. Однако вполне определенно можно сказать, что сумма изменений в жировых компартментах и полостях (а также в коже и мышцах) ведет к очевидной медиализации жировой ткани в стареющей средней зоне лица. Это исследование оказывает непосредственное влияние на клиническую практику.

В результате старения носогубная складка становится более ярко выраженной, и объем щек уменьшается. Описывая результаты исследования другими словами, можно сказать, что с возрастом медиальный участок щек становится более выступающим, а средний участок – менее выступающим. Возможно, все жировые компартменты со временем теряют объем, но, по какой-либо причине, наблюдается увеличение объема в медиальных компартментах щек (жировой пакет носогубной зоны и жировой пакет поверхностной медиальной зоны).

Таким образом, любой объем филлера, введенный в эти медиальные компартменты, имеет тенденцию повышать выраженную медиализацию жировой ткани, заметную в стареющей средней зоне лица. Например, доктор Ингаллина (см. Доктор Ингаллина. Частный обмен мнениями, январь 2014 года) предлагает применять преимущественно аугментацию латеральной составляющей глубокого щечного жирового пакета. Щечный жировой пакет состоит, как минимум, из двух компартментов: медиального и латерального. Аугментация латерального глубокого компартмента щечного жирового пакета способствует увеличению объема щек, уменьшению выраженности челюсти и со временем препятствует увеличению выраженности носогубной складки. В соответствии с рекомендацией доктора Ингаллина, мы советуем вам избегать аугментации глубокой медиальной компартмента щечного жирового пакета.

Вторая рекомендация касается возможной аугментации анатомических полостей. Щечная полость была впервые описана Жувара в 1895 году<sup>2</sup>. С тех пор описывались другие полости, в частности в голове и шее, поскольку они способствовали распространению инфекции в мягких тканях. Мендельсон и Вонг пополнили основное знание описанием дополнительных полостей лица, так как они используются для сохранения плоскостей во время ритидектомии<sup>3</sup> (косметической операции по круговому подтягиванию кожи лица и шеи). Однако в настоящее время остается неясным, как изменяются анатомические полости с возрастом, и любая попытка увеличить их объем должна осуществляться с осторожностью.

Авторы указали на то, что потенциальным осложнением, связанным с аугментацией глубокого компартмента щечного жирового пакета, является увеличение объема двойного подбородка. Вероятность этого осложнения является наиболее высокой в случае непреднамеренного попадания филлера в щечную полость, расположенную непосредственно сбоку от глубокой латеральной жировой компартмента. Наблюдение, показавшее, что повышенный объем щечного жира в раннем детском

возрасте связан с увеличением двойного подбородка, подтверждают это заключение. Другие анатомические области могут вести себя аналогичным образом, и я предполагаю, что аугментация любых анатомических полостей должна выполняться крайне осторожно с одновременным контролем и оценкой ее воздействия на указанные области.

Второй точкой введения филлеров, описанной авторами, является медиальный канал средней части лица, обеспечивающий возможность сглаживания линии соединения щеки и века. Данная техника подразумевает размещение точки введения филлера в нососкуловой складке. В данном случае производится аугментация поверхностного жирового компартмента в средней части лица, суборбикулярного окулярного жирового компартмента (SOOF) и границы с глазницей. Благоприятный эффект аугментации медиального суборбикулярного окулярного жирового компартмента и поверхностного жирового компартмента средней части лица был подтвержден нами на практике. Как указывают авторы, безопасное введение филлера в глубокий жировой компартмент, такой как суборбикулярный окулярный жировой пакет, может производиться относительно линейно. Большое число инъекций в поверхностный жировой компартмент требует, по причине отсутствия вышележащих мягких тканей, большего числа циклов процедуры для безопасного формирования защитного слоя и смещения материала наполнителя. Существует также рекомендация, которая заключается в том, что аугментация глубокого жирового компартмента, такой как суборбикулярный окулярный жировой пакет, около нижнего века должна выполняться до инъекций в поверхностный жировой компартмент с целью повышения безопасности и снижения вероятности нарушения структуры частиц и последующих проблем с рефракцией света (эффект Тиндала).

Оговорка, касающаяся целесообразной аугментации полостей, распространяется также на введение филлера по пальпебромальной борозде. Авторами описывается инъекция в точку между глазничной перегородкой и связкой, удерживающей круговую мышцу. Одной из гипотетических причин чрезмерного выпячивания внутриглазного жирового пакета с возрастом является рост объема глазницы. При попытках аугментации этой и других областей необходимо проявлять осторожность. Третьей описанной авторами точкой введения филлеров в средней зоне лица является латеральный канал средней зоны лица с точкой доступа, расположенной на 1,5 см ниже и в сторону латерального угла глаза. Мишени аугментации через эту точку включают в себя латеральный суборбикулярный окулярный жировой пакет, латеральный предскуловой жировой пакет, внутриглазничную жировую полость и поднижнечелюстную полость. Авторы определили две задачи аугментации через указанную точку: увеличение латерального объема щек и сглаживание v-образной деформации. Аугментация латеральной предскуловой полости рекомендована для увеличения латерального объема щек. Эта зона, возможно, является одной из самых сложных и наименее понятных зон в анатомии лица. Над глубоким латеральным жировым компартментом расположено два и, возможно, более составляющих. Аккуратное введение филлера в глубокий латеральный жировой компарт-

мент является ключевой процедурой, используемой для увеличения объема щек. Введение филлера должно производиться не поверх челюстной кости, а на 1 или 2 см выше кости, поскольку глубокий латеральный жировой компартмент не контактирует с челюстью, надкостницей или преднадкостничным жировым пакетом. В связи с этим, во время введения филлера практикующий врач должен выполнять анализ результата в реальном времени. Для определения роли аугментации предчелюстной полости и глубокого латерального жирового компартмента необходимо более основательное исследование.

В завершении описания своего алгоритмического подхода к увеличению объема средней зоны лица авторы высказываются в пользу введения филлера в поверхностный жировой компартмент для коррекции складок и морщин. Предлагаемая авторами последовательность инъекций, в которой первоначальным является этап формирования опоры и структуры, ограничивает и уменьшает требования к поверхностным инъекциям в складки. Таким образом, это должно способствовать снижению вероятности возникновения затычного и не поддающегося лечению отека – осложнения, связанного с инъекциями в складки.

В этой статье описан один из первых алгоритмов аугментации средней зоны лица. Согласие или несогласие с отдельными применяемыми техниками имеет меньшее значение, чем подход авторов, рассматривающих среднюю зону лица как набор отдельных взаимосвязанных компартментов, каждая из которых вносит свой вклад в формирование общей структуры лица. Это, возможно, является наибольшим вкладом данной статьи в основное знание, касающееся описанных процедур. Во время изучения работы возникает ряд интересных вопросов, в связи с чем настоятельно рекомендуется проведение дополнительных основательных исследований с целью дальнейшего изучения влияния анатомии компартментов и полостей на форму лица в процессе старения.

#### РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

Автор заявляет об отсутствии потенциальных конфликтов интересов, связанных с исследованием, авторством и публикацией настоящей статьи.

---

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Сурек С., Беут Х., Стефенс Р., Лэмб Дж., Джелкс Г. Каналы для аугментации средней зоны лица. Определение техник косметической хирургии, Журнал эстетической хирургии (Surek C, Beut J, Stephens R, Lamb J, Jelks G. Volumizing viaducts of the Midface: Defining the Beut Techniques, Aesthet. Surg J).
2. Жувара Э. Анатомия крыловидно-верхнечелюстной анатомии. Париж, Л. Батель; 1895 год (Juvara E. Anatomie de la region pterygo-maxillaire. Paris: L Bataille; 1895)
3. Мендельсон Б. С., Вонг С. Х.. Хирургическая анатомия средней полости перед жевательной мышцей и ее использование в SMAS-подтяжке лица. Восстановительная пластическая хирургия, 2013; 132 (1): 57-64.2. Журнал эстетической хирургии (Mendelson BC, Wong CH. Surgical anatomy of the middle pre-masseter space and its application in sub-SMAS face lift surgery. Plast Reconstr Surg. 2013;132(1):57-64.2 Aesthetic Surgery Journal).