

Комплексная коррекция губ. Обсуждаем в деталях

О.Ю. Павленко

кандидат медицинских наук,
дерматовенеролог, косметолог
клиники «Триактив» (Москва)

Инъекционная пластика губ на сегодняшний день является одной из наиболее востребованных процедур. Пациентов, которые обращаются за коррекцией данной области можно разделить на две группы. Первая группа — молодые девушки, которые хотят увеличить объем губ, отдавая дань моде и желая походить на своих кумиров (Анжелина Джоли, Ким Кардашьян). Отметим, что губы кумиров не всегда соответствуют идеальным канонам красоты. Они выглядят столь привлекательными именно в контексте конкретного лица, как правило, удлиненной формы, с высокими скулами, большими выразительными глазами (рис. 1). В других случаях слишком полные губы могут смотреться карикатурно, и примеров этому несть числа. Главное в работе с такими пациентами — достичь единомыслия в понимании красоты и гармонии. Хотя использование биодеградирующих филлеров на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты и дает некий простор для экспериментов, нарочитость и неестественность губ редко воспринимаются окружающими позитивно. Гармонизация всего лица — вот главная задача инъекционной пластики губ молодым пациентам. И замечательный пример Крис и Энджи из ситкома «Одна за всех» позволяет наглядно продемонстрировать, что «много» не всегда «хорошо».

Вторая группа — возрастные пациентки, желающие вернуть молодость лицу и губам, в частности. Чаще всего речь идет о выравнивании рельефа губ и периоральной области, восстановлении четкой границы красной каймы, приподнятии уголков рта, коррекции морщин «марионетки». К идее увеличения объема губ такие женщины могут отнестись с недоверием, вспоминая лица некоторых медийных персон. Настороженность можно развеять, объяснив, что введение препарата на основе гиалуроновой кислоты (ГК) в область красной каймы губ все чаще преследует цель не столько увеличения объема, сколько разглаживания губ, придания им упругости, улучшения цвета, а также обеспечения пролонгированного увлажнения.



Рис. 1. Эстетические предпочтения наших пациентов зачастую продиктованы желанием походить на своих кумиров (Анжелина Джоли, Ким Кардашьян). Однако не стоит забывать и об «антикумирах»...

Антропометрия идеальных губ

Идеальные губы имеют несколько выступающий в виде белого валика контур, ширина филтрума ограничивается резцами. Ширина рта чуть меньше расстояния между среднезрачковыми линиями и примерно равна проекции шести верхних зубов (около 50,9 мм). Соотношение высоты верхней губы к нижней составляет 2:3, что соответствует пропорции «золотого сечения». Для женщин допустимо равенство высоты верхней и нижней губы; доминирование верхней губы вносит дисгармонию в восприятие лица. Это надо обсуждать с пациентками, поскольку в последнее время многие просят придать объемность именно верхней губе в ущерб нижней. И уж конечно такая диспропорция недопустима у мужчин.

Гармоничное расположение рта на женском лице описывается следующими параметрами: 18–20 мм от основания носа до контура верхней губы и 36–40 мм от нижней губы до края подбородка (рис. 2).

Нельзя забывать об оценке губ в профиль. Для наглядности ее можно провести прямо на приеме, приложив линейку к кончику носа пациентки и наиболее выступающей точке подбородка. Это так называемая линия Риккетса, позволяющая оценить гармонию выступления губ (рис. 3). В норме верхняя губа отступает от линии Риккетса на 4 мм (точка 3 на рис. 3), нижняя — на 2 мм (точка 4 на рис. 3). С учетом реальной картины можно рекомендовать пациентке проведение коррекции объема и контура губ в нужной степени до достижения гармонии или же увеличение объема подбородка, если верхняя и нижняя губа соприкасаются с обозначенной линией.

Дугообразные изгибы губ при рассмотрении молодого лица в профиль, могут служить обоснованием для проведения аккуратной объемной пластики возрастным пациенткам с явным уплощением губ.

Морфотипы губ и другие показатели, которые нужно учитывать на первичном осмотре

Прежде чем приступить к коррекции губ конкретного пациента следует оценить их морфотип, изучить картину в динамике, оценить вид улыбки, прикус, состояние ротовой полости. Только тщательный осмотр и анализ состояния периоральной области гарантируют удовлетворительный клинический результат планируемой коррекции.

Согласно Vano [1], выделяют 4 морфотипа губ (рис. 4):

1. Нормально развитые губы;
2. Губы с признаками деструктуризации;
3. Гиперструктурированные губы;
4. Патологические губы.

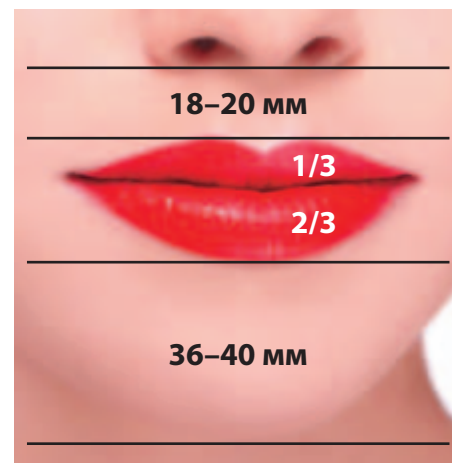


Рис. 2. Антропометрические показатели расположения «идеальных» губ

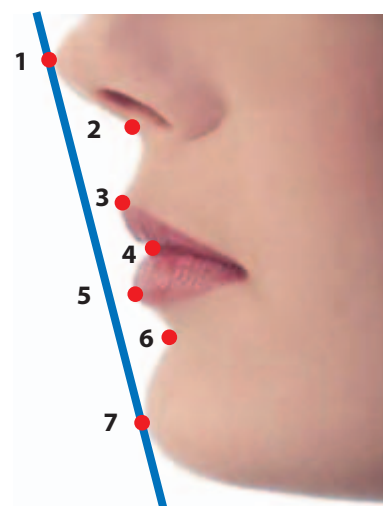


Рис. 3. Линия Риккетса для оценки губ в боковой проекции и гармонии нижней половины лица в целом

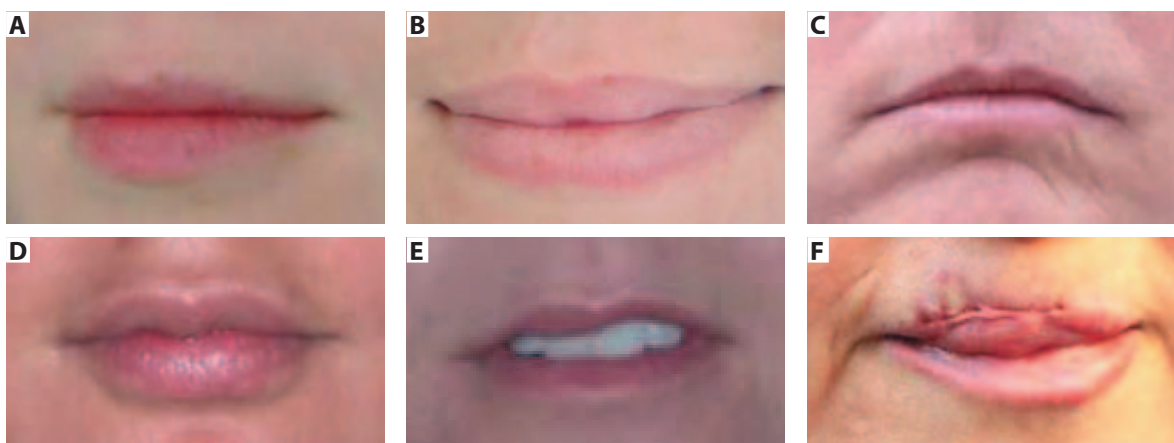


Рис. 4. Морфотипы губ по Vano: нормальные губы (А), деструктурированные (В, С), гиперструктурированные (D), патологические (конституционально асимметричные — Е и деформированные после проведения инъекционной пластики и удаления филлера — F)

Нормально развитые губы являются самым «удобным» вариантом для проведения инъекционной пластики при условии соблюдения эстетических канонов. В данном случае можно выполнять любые манипуляции.

Деструктурированные губы имеют размытые контуры, уплощенный «лук Купидона», бледную окраску. Обычно встречаются у пациенток старше 40 лет, однако могут наблюдаться и в молодом возрасте. С старшем возрасте наблюдаются выраженные признаки деструктуризации в виде вертикальных морщин, складчатости красной каймы, уплощения поверхности губ и колонн филтрума, западения комиссур губ. Коррекция, как правило, подразумевает использование нескольких методов: помимо инъекционной пластики к ним относятся химические пилинги, фракционный фототермолиз, дермопигментация. Ботулотоксин применяется для устранения периоральных морщин, причиной образования которых является активная работа или повышенный тонус круговой мышцы рта. С помощью филлеров на основе ГК проводятся восстановление контура и объема губ, заполнение морщин, складок, борозд различной глубины. При этом коррекция должна быть максимально деликатной.

Гиперструктурированные губы имеют напряженный вид красной каймы с резко очерченным контуром. Нередко встречаются у молодых пациентов. В этом случае противопоказано проведение дермопигментации, инъекционная пластика должны выполняться с большой аккуратностью из-за опасности усугубления картины гиперструктуризации.

Патологические губы формируются в результате врожденных или приобретенных деформаций. Среди врожденных дефектов можно рассматривать очень тонкие губы и выраженную асимметрию губ. Такие губы поддаются коррекции с помощью филлеров, иногда в сочетании с дермопигментацией. К приобретенным дефектам относятся различные рубцовые деформации после травм и воспалительного процесса (например, постгерпетические), а также ятрогенные — после хирургического удаления перманентного филлера в случае возникновения осложнений. Зачастую в таких случаях равномерное распределение филлера и введение пигмента затруднено развитием фиброза.

Следующий этап осмотра подразумевает динамическую оценку губ при улыбке [2, 3]. При гармоничной комиссуральной улыбке коронки верхних зубов обнажаются на 2/3, край верхней губы повторяет окклюзионную поверхность зубов. Коронки нижних зубов, как правило, скрыты или чуть обнажены. Такая улыбка характеризуется поднятием уголков рта вверх и в стороны с участием большой и малой скуловых мышц. Коррекция губ проводится по стандартным канонам.

Десневая (гингивальная) улыбка появляется при относительно укороченной верхней губе и/или гиперактивности мышцы, поднимающей верхнюю губу и крыло носа. Чаще всего коррекция проводится инъекций ботулотоксина типа А (БТА) в указанную мышцу: точка инъекции расположена по ходу носогубной складки в ее верхней трети, игла вводится глубоко до надкостницы, доза БТА составляет 1 ЕД Ботокса или 2,5 ЕД Диспорта [4, 5]. Если не учитывать данный тип улыбки и провести традиционную контурную коррекцию верхней губы, то можно усугубить неэстетичность клинической картины за счет еще большего визуального уменьшения кожной части верхней губы. Поэтому инъекционную пластику проводят через 2 недели после ботулинотерапии, или же ее проводят по специальному протоколу, направленному именно на коррекцию обнажения десны [2, 3]: филлер вводят по внутренней границе красной каймы верхней губы в микропунктурной технике.

При равномерной улыбке обнажаются верхние и нижние зубы, иногда и десна сверху. Для этой улыбки характерны напряжение и подъем верхней губы вверх и в стороны, а также опущение нижней губы вниз и назад, при этом задействовано максимальное число мышц. Инъекционная пластика, как правило, направлена на коррекцию избыточного обнажения десны, особенно в латеральных отделах.

При дефицитной улыбке зубы практически не обнажаются. Такое происходит в результате возрастных изменений (мышечная атония и птоз мягких тканей) или при гиперкоррекции филлером, чаще всего перманентным.



Рис. 5. Асимметричная улыбка на фоне односторонней гиперактивности мышцы, поднимающей верхнюю губу и крыло носа



Рис. 6. Неудачная попытка коррекции асимметричной улыбки с мышечным компонентом с помощью введения филлера

Асимметрия улыбки может быть связана с нарушением симметрии губ, мягких тканей лица (гемиатрофия), односторонней гипертрофией жевательных мышц, односторонним поражением лицевого нерва или гиперактивностью мышцы, поднимающей верхнюю губу и крыло носа. При нейромышечных расстройствах в состоянии покоя губы выглядят достаточно симметричными, и только при улыбке отчетливо видна асимметрия с выраженным односторонним поднятием угла рта и углублением носогубной складки (рис. 5). При односторонней гиперактивности мышцы поднимающей верхнюю губу и крыло носа, асимметрию можно устранить введением в нее 1–2 ЕД Ботокса (2,5–5 ЕД Диспорта). И только после этого при необходимости следует проводить инъекционную пластику губ. Попытка восстановить симметрию путем введения филлера с целью приподнять/вывернуть угол рта на здоровой стороне приведет к еще большему утяжелению области угла рта, кроме того возможна миграция геля в кожную часть верхней губы, при этом улыбка будет выглядеть еще более асимметричной (рис. 6). Пациенты с нейропатией лицевого нерва в анамнезе нуждаются в консультации невролога и проведении ботулинотерапии именно этим специалистом, и только на втором этапе эстетической коррекции проводится гиалуронопластика.

Еще один аспект, который подлежит обязательному анализу — полноценность зубного ряда, адекватность протезирования зубов, особенности прикуса. Без восстановления зубного ряда, физиологического прикуса и адекватной окклюзии зубов проведение инъекционной пластики губ будет неэффективным или малоэффективным, особенно, если речь идет о коррекции асимметрии.



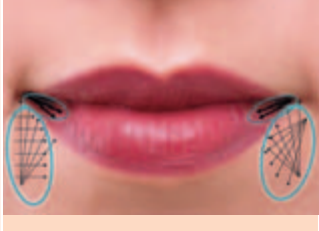
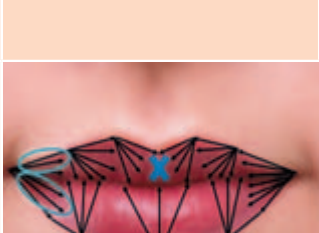
Из всего перечисленного выше следует, что достижение удовлетворительного результата при коррекции губ у пациентов любого возраста напрямую зависит от выбора правильной тактики лечения, зачастую с привлечением смежных специалистов: ортодонт, ортопедов, челюстно-лицевых хирургов, неврологов и мастеров по дермопигментированию.

Инъекционная пластика губ и периоральной области

Базовые принципы проведения инъекционной пластики в области губ включают следующее:

- комплексный подход к решению имеющейся проблемы;
- цель коррекции — восстановление гармонии лица, а не создание «эксклюзивных» губ;
- конечный результат надо прогнозировать максимально полно;
- для инъекционной пластики использовать исключительно филлеры на основе стабилизированной ГК;
- избегать введения больших объемов препарата на одной процедуре (при коррекции губ не более 1 мл);
- при необходимости выстраивать план поэтапной коррекции.

Таблица 1

Особенности коррекции структурных элементов губ и периоральной области		
Коррекция контура губ		<p>Глубина введения филлера составляет 1,5 мм. При этом игла не просвечивает, но хорошо контурируется.</p> <p>При проведении инъекций губа фиксируется большим и указательным пальцами свободной руки.</p> <p>Препарат вводится очень медленно на обратном ходе иглы порциями по 0,03–0,05 мл</p>
Коррекция вертикальных морщин вокруг губ		<p>Коррекция периоральных морщин всегда начинается с введения филлера по контуру губ, и лишь потом при необходимости препарат инъецируется по ходу морщин.</p> <p>Техника инъекций при коррекции морщин — линейная, веерообразная, армирование, «решетка».</p> <p>Глубина введения препарат зависит от глубины морщин, плотности и вязкости выбранного препарата</p>
Коррекция морщин «марионетки»		<p>С каждой стороны вводится достаточно большой объем препарата (не менее 0,5 мл).</p> <p>Вначале филлер вводится непосредственно под комиссуру и в латеральную часть губ для создания «гиалуроновой подушки», обеспечивающей приподнимания углов рта. Затем выполняется коррекция собственно морщин.</p> <p>Коррекция морщин «марионетки» проводится в технике «решетка», «веер» или армированием. Глубина введения препарата — 3–5 мм.</p> <p>Недопустимо введение филлера латеральнее морщин «марионетки» из-за возможного утяжеления и провисания складок</p>
Коррекция объема губ (авторская техника)		<p>Глубина введения препарат — 2 мм. Следует избегать внутримышечных инъекций из-за высокого риска формирования кровоизлияний и последующей миграции препарата на фоне активных сокращений круговой мышцы рта.</p> <p>Техника инъекций — веерообразная.</p> <p>Объем филлера определяется индивидуально (в среднем 1,0 мл)</p>

Еще один важный момент: гармония лица определяется адекватным соотношением его отдельных элементов. Поэтому целесообразно вначале проводить коррекцию щечноскуловой области, затем — носогубной складки и только после этого приступать к инъекционной пластике губ.

Особенности проведения коррекции структурных элементов губ и периоральной области представлены в **таблице 1**.

В качестве достаточно спорной хочется обсудить методику «выворачивания губ» с помощью ряда линейных инъекций в области красной каймы, перпендикулярных линии смыкания губ (**рис. 7**). Филлер вводится на глубину примерно 2 мм. Такие инъекции позволяют увеличить площадь губ, однако они достаточно травматичны, сопряжены с выраженной и продолжительной болезненностью после процедуры и высоким риском развития кровоизлияний. В виде монотерапии нередко приводят к утрате четкой границы красной каймы и визуальному уменьшению ширины губ.

Предлагаемая авторская техника инъекций для коррекции объема губ позволяет достигать естественного результата с использованием небольшого объема филлера [6]. Поскольку места входа иглы расположены вне красной каймы (в области белого валика), значительно уменьшаются кровоточивость в ходе процедуры и риск кровоизлияний. Коррекция контура и объема губ проводится из одной точки, тем самым уменьшаются болевые ощущения.

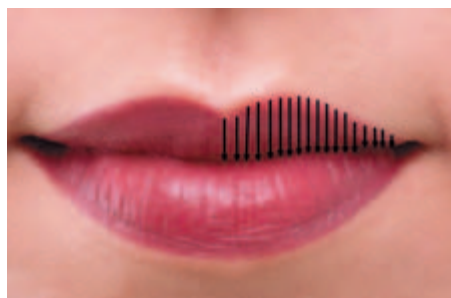


Рис. 7. Техника «перпендикулярных линий»

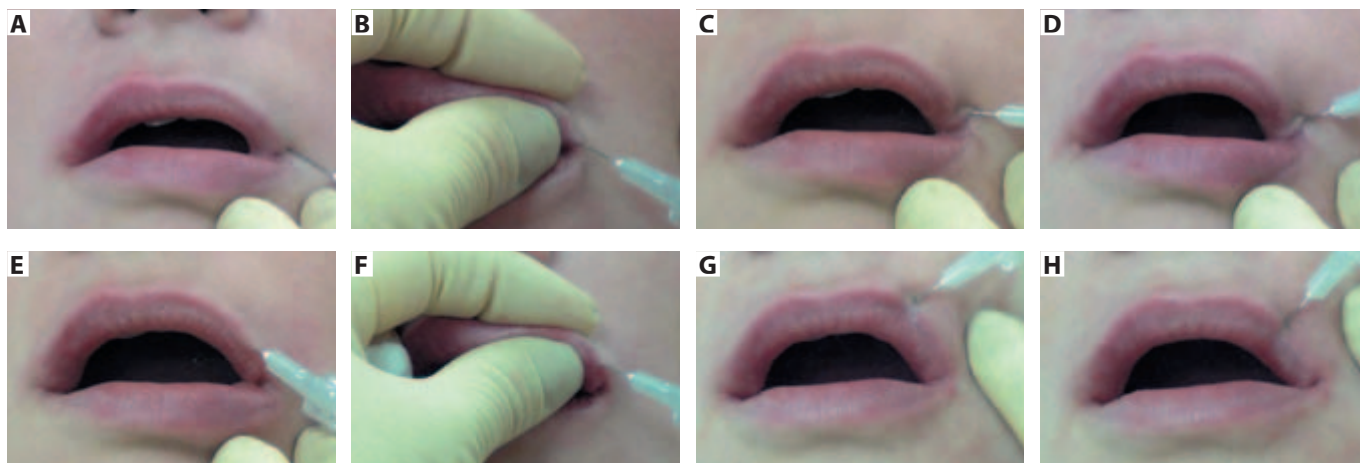


Рис. 8. Коррекция верхней губы (комментарии в тексте)

Первый прокол делается на 1–2 мм выше коммиссуры со стороны кожной части верхней губы (**рис. 8А**). Игла проходит по контуру красной каймы и при движении назад медленно вводится гель. Контур губы фиксируется пальцами свободной руки для более точной дислокации препарата (**рис. 8В**). Далее, не выходя из тканей, игла продвигается чуть ниже уже в область красной каймы, таким образом выполняются веерные инъекции (**рис. 8С**). Мера предосторожности: недопустимо водить гель на границе красной каймы и слизистой во избежание формирования волнистого контура губы. Как завершающий «штрих» — филлер вводится в виде микроболюсы для создания объема в углу верхней губы, что позволяет нивелировать депрессию в области углов рта и зафиксировать положение коммиссуры (**рис. 8D**). Следующий прокол кожи иглой делается в области белого валика (не красной каймы), отступая от предыдущего ровно на длину иглы (**рис. 8E**). Проводится серия верных инъекций (**рис. 8F**). Аналогичным образом формируется третий «веер» (**рис. 8G**). Последняя линия инъекций проходит практически перпендикулярно линии смыкания губ, что напоминает технику «перпендикулярных инъекций» (**рис. 8H**). Важное замечание — в самый центр верхней губы препарат не вводится во избежание ее утяжеления и нависания в боковой проекции. Впрочем, можно рискнуть, если у пациентки губа конституционально имела такой «хоботок».

На нижней губе инъекции начинаются в области коммиссур, также отступая от красного контура на 1–2 мм (**рис. 9А**). Выполняется веерное армирование латеральной части губы и укрепление области коммиссуры по аналогии с тем, как это проводилось на верхней губе. Во время дальнейших веерных инъекций одновременно формируется контур (**рис. 9В и С**) и создается объем. Для увеличения площади губы проводятся инъекции с вектором, перпендикулярным линии смыкания губ (**рис. 9D**). Количество верных инъекций определяется планируемой степенью увеличения объема губы. При таком подходе на коррекцию нижней губы расходуется не более 0,3 мл филлера, поскольку объем создается именно за счет физиологического распределения препарата. Губы «раскрываются» как бутоны цветов.

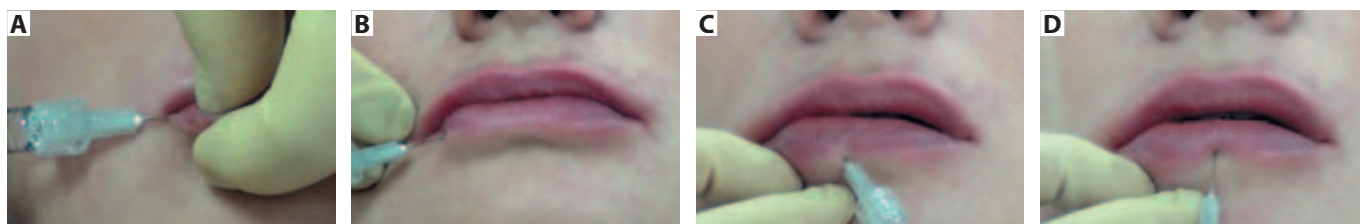


Рис. 9. Коррекция нижней губы (комментарии в тексте)

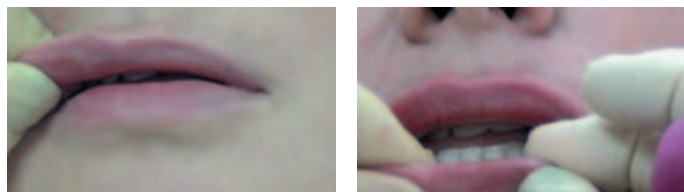


Рис. 10. Моделирующий массаж губ



Рис. 11. Радиальные морщины вокруг губ, обусловленные гипертонусом круговой мышцы рта, у женщин разного возраста



Рис. 12. Радиальные морщины вокруг губ, обусловленные фотоповреждением кожи и актиническим эластозом



Рис. 13. Сравнение внешнего вида близнецов: в паре А и В близнец В подвергалась инсоляции в большей степени; В паре С и D близнец D активно курит

После завершения инъекций выполняется моделирующий массаж красной каймы губ (исключая контур во избежание смещения геля за его пределы), чтобы добиться равномерного распределения введенного материала (рис. 10).

Перед тем как проводить коррекцию периоральных морщин следует определиться с причиной их формирования. Первая причина связана с гиперактивностью (повышенным тонусом) круговой мышцы рта, причем такие морщины могут формироваться у молодых пациенток. Для уточнения диагноза следует попросить пациентку вытянуть губы трубочкой: при этом уже имеющиеся морщины явно усугубляются (рис. 11). В этом случае наиболее обоснованным методом коррекции становится ботулинотерапия [7–9]. Инъекции БТА выполняют в круговую мышцу рта с каждой стороны в 2 точки, расположенные на 2 мм вверх от контура верхней губы, на глубину среза иглы. В каждую точку вводят по 1–1,5 ЕД Ботокса (2,5–3,5 ЕД Диспорта). При необходимости через 2 недели проводят дополнительную коррекцию филлером.

Второй механизм развития периоральных морщин связан с фотоповреждением кожи и активным курением, что в принципе подразумевает схожие механизмы ускоренного старения кожи и подкожной жировой клетчатки (рис. 12). Этот факт подтверждается лонгитюдными наблюдениями за здоровьем и внешним видом пар близнецов, условия жизни которых по некоторым показателям отличаются: клиническая картина повреждения кожи лица более выражена у того из них, кто в большей степени подвергается воздействию УФО или злоупотребляет курением. И выраженные периоральные морщины является неотъемлемой картиной ускоренного старения кожи (рис. 13). Такого рода морщины формируются преимущественно у женщин, поскольку у них кожа в периоральной области тоньше, чем у мужчин, содержит меньше потовых и сальных желез, кровеносных сосудов [10], то есть является гораздо более уязвимой к действию факторов внешней среды. При коррекции данного типа морщин методами первого выбора становятся дермабразия, лазерная шлифовка, фракционный фототермолиз, химический пилинг [11–13].

Нежелательные явления после инъекционной пластики губ

К предсказуемым нежелательным последствиям процедуры можно отнести отек и болезненность в области инъекций, ощущение инородного тела (табл. 2). Все эти явления разрешаются самопроизвольно в течение недели.

Практически немедленно развивающийся отек мешает адекватно оценить результат коррекции губ, о чем надо заранее предупредить пациента. При необходимости дополнительную коррекцию проводят спустя 10–14 дней, когда отек полностью разрешается. Охлаждение области инъекций в ходе процедуры и после нее облегчает боль и способствует ограничению отека.

Асимметрия губ чаще всего возникает при использовании проводниковой анестезии, когда отек после введения анестетика мешает спрогнозировать конечный результат.

Таблица 2

Нежелательные явления после инъекционной пластики губ	
Немедленные (выявляются сразу после процедуры или в ближайшие дни)	Отсроченные
Аллергическая реакция немедленного типа (отек Квинке)	Аллергическая реакция замедленного типа
Болезненность	Миграция имплантата
Ощущение инородного тела в губах	Формирование узелков
Отек	Гиперпигментации или депигментация кожи
Кровоизлияния	Инфицирование и абсцедирование
Гипокоррекция	Формирование гранулем
Гиперкоррекция	
Асимметрия	
Ишемия тканей и некроз	
Обострение герпетической инфекции	
Бактериальное инфицирование	

Универсальная рекомендация — введение одинаковых объемов филлера при коррекции симметричных областей. При развитии асимметрии ее коррекция проводится после разрешения отека введением дополнительной порции филлера в область с дефицитом объема. Если же исходно введен избыточный объем, оптимальным видится инъекционное введение филлера в область гиперкоррекции препарата гиалуронидазы. Спустя неделю оценивается клиническая картина и при необходимости проводится дополнительная инъекция филлера с целью восстановления симметрии.

При развитии кровоизлияния в области красной каймы введение препарата лучше прекратить, массаж не проводить, а приложить холода. Завершить коррекцию следует через 10 дней, после разрешения кровоизлияния. Профилактика кровоизлияний подразумевает медленное введение препарата, использование охлаждения в течение процедуры.

Наиболее вероятная причина развития немедленной аллергической реакции — наличие белковых примесей в препарате ГК. Как правило, реакция гиперчувствительности ограничивается выраженным отеком губ, однако и в этом случае требуется принятие неотложных мер в виде пероральной антигистаминной терапии и внутримышечных инъекций глюкокортикоидов.

Отдельного обсуждения заслуживают нежелательные явления, связанные с нарушением техники инъекций, поскольку их можно избежать.

Причиной гиперкоррекции нередко становится буквальное следование пожеланиям пациента (рис. 14). Лицо при этом теряет гармонию: при введении избыточного объема препарата в область верхней губы за счет сокращения расстояния от кончика носа до губы нос кажется длиннее, улыбка из гармоничной превращается в дефицитную. Однако наиболее опасным последствием гиперкоррекции может стать компрессия губных артерий и вен с последующим развитием некроза.

При нарушении техники инъекции внутренний край губы иногда приобретает вид волнообразной линии (рис. 15). Это возникает при неравномерном введении препарата, особенно в технике перпендикулярных линий, когда скапливается избыточное количество филлера на границе красной каймы и слизистой. Чтобы избежать этого во время перпендикулярных инъекций следует вводить иглу до границы перехода красной каймы в слизистую оболочку, однако инъекцию начинать не сразу, а отступая примерно 2 мм, причем препарат вводить очень осторожно и равномерно. Если это нежелательное явление все же возникло, рекомендуется визуализирующиеся комочки геля «растворить» с

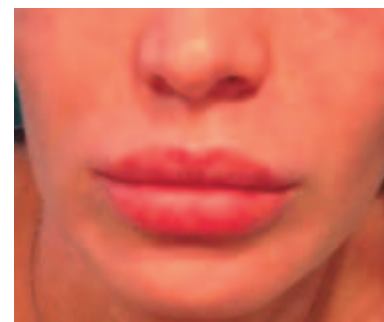


Рис. 14. При гиперкоррекции губ лицо становится дисгармоничным



Рис. 15. Нежелательное явление: волнообразный край губы

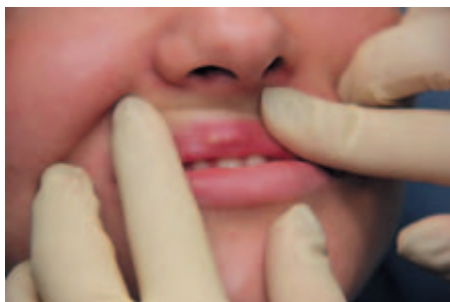


Рис. 16. Нежелательное явление: невоспалительные узелки

помощью препаратов гиалуронидазы, и спустя 7–10 дней при необходимости провести дополнительную коррекцию.

Формирование невоспалительных узелков (рис. 16) также чаще всего связано с техническими погрешностями инъекций. При использовании болюсной техники или при неравномерном введении препарата в области красной каймы иногда появляются узелки, часто незаметные в состоянии покоя, но визуализирующиеся при улыбке. Профилактика данного нежелательного явления — равномерное введение филлера малыми порциями, тщательный моделирующий массаж, особенно при использовании болюсной техники. Если узелки сформировались, то можно порекомендовать прицельное введение в них препаратов гиалуронидазы. Узелки, проявившиеся в отсроченный период времени, требуют проведения дифференциальной диагностики [14].

Иногда при коррекции тонких губ достаточно большой объем геля вводится в области слизистой оболочки под внутренней границей красной каймы. В этом случае достаточно часто образуются валики, хорошо заметные при улыбке (рис. 17).

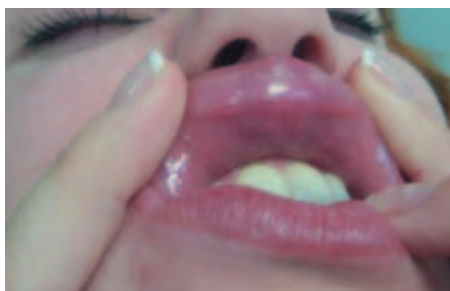


Рис. 17. Заметный валик в области слизистой, визуализирующийся при улыбке

Смещение материала в область кожной части губы с формированием характерного валика (рис. 18) многие врачи и пациенты даже не рассматривают как нежелательное явление. Однако цель коррекции контура — создание красивого, четкого очертания губ, без нарушения гармонии в боковой проекции. Профилактика данного нежелательного явления включает выполнение нескольких рекомендаций:

- контурную коррекцию губ проводить с использованием минимального объема филлера;
- для инъекций использовать при возможности иглу или канюлю 30G, чтобы добиться более тонкого контура;
- при проведении инъекций срез иглы должен быть обращен в сторону ротовой щели;
- исключить массаж контура губ после инъекции.

Выбор препарата

Сегодня мы располагаем большим арсеналом филлеров на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты. Среди них есть специальные препараты, предназначенные для коррекции именно губ, а также универсальные, используемые по разным показаниям [14]. Анатомо-функциональные особенности губ и периоральной области диктуют вполне определенные требования к филлерам: высокая прогнозируемость распределения в тканях, способность сохранять форму при динамической нагрузке, достаточная пластичность. При соответствии всем этим показателям введение выбранного препарата позволяет достигать запланированного результата при минимальном риске нежелательных явлений, связанных с его смещением и миграцией. Высокая степень чистоты гиалуроновой кислоты снижает риск развития иммуновоспалительных реакций, в том числе и в случае непреднамеренного попадания препарата в мышцу.

Клинический опыт, накопленный нами в течение последних двух лет, свидетельствует об успешности использования филлеров Yvoire Classic и Yvoire Volume (LG Life Science, Ю. Корея) (табл. 3, рис. 19, 20). Этот бифазные по своей природе филлеры позволяют проводить прицельную и точную коррекцию контура губ, без смещения и миграции материала, без деформации кожной части губ. В тоже время, за счет добавления нестабилизированной ГК, препараты обладают достаточно высокой пластичностью, схожей с таковой у монофазных филлеров, что облегчает их моделирование в тканях. Поэтому контурная и объемная коррекция, выполненная с использованием филлеров Yvoire, обеспечивает выраженный, но естественный результат. Высокий модуль упругости G' и низкий модуль текучести G'' гарантируют поддержание эффекта в условиях активного функционирования круговой мышцы рта.

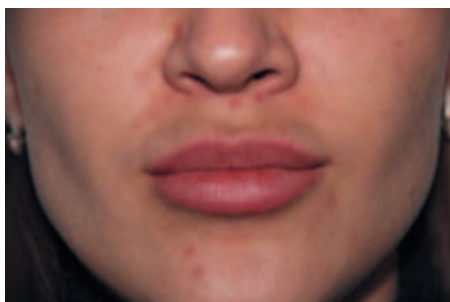


Рис. 18. Нежелательное явление: смещение филлера в кожную часть губы с формированием валика

Таблица 3

Использование филлеров линейки Yvoire при проведении коррекции губ и периоральной области		
Филлер	Yvoire Classic	Yvoire Volume
Характеристика	Концентрация ГК 22 мг/мл Стабилизатор BDDE Содержание нестабилизированной ГК 0,87% Размер частиц 400 мкм Рекомендуемый размер иглы 30 или 27G	Концентрация ГК 22 мг/мл Стабилизатор BDDE Содержание нестабилизированной ГК 0,87% Размер частиц 830 мкм Рекомендуемый размер иглы 30 или 27G
Показания к применению при коррекции периоральной области	Контур губ Естественный объем губ Пролонгированное увлажнение губ Периоральные морщины Неглубокие морщины «марионетки»	Выраженный объем губ Глубокие морщины «марионетки»



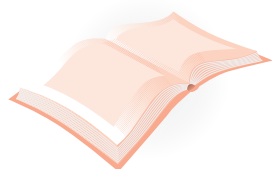
Рис. 19. Коррекция губ препаратом Yvoire Classic



Рис. 20. Объемная коррекция губ препаратом Yvoire Classic

Возможно, использование для коррекции губ специального препарата, выделенного в линейке филлеров отдельной строкой, более убедительно для пациента. Однако в условиях реальной клинической практики нам зачастую приходится параллельно решать целый ряд задач, проводить коррекцию разных областей, и в этом случае оправданным видится использование универсального препарата. В любом случае, высокое качество филлера, подробный анализ анамнеза пациента, детальный осмотр, согласование с пациентом целей процедуры и ее технически корректное проведение — это залог успешности и безопасности процедуры.

Литература



1. Ваню М. Классификация типов губ: стратегия использования наполнителей при коррекции объема губ. Эстетическая медицина. 2002; 1 (3): 185–189.
2. Разумовская Е.А. «Клинический портрет» губ в покое и при улыбке. Оптимизация эстетической коррекции. Инъекционные методы в косметологии. 2012; 3: 92–102.
3. Разумовская Е.А. Динамический подход к проведению ботулинотерапии в нижней трети лица. Гармония улыбки. Инъекционные методы в косметологии. 2013; 2: 42–50.
4. Ботокс. Под ред. А. и Дж. Каррадерс. М.: Рид Элсивер, 2010.
5. Заттлер Г. Ботулотоксин в эстетической медицине. Атлас. М.: Практическая медицина, 2012.
6. Павленко О.Ю. Коррекция формы и объема губ, возрастных изменений в периоральной области. Пластическая хирургия и косметология. 2010; 3: 506–509.
7. Kaplan S.E., Sherris D.A., Gassner H.G., Friedman O. The use of botulinum toxin A in perioral rejuvenation. Facial Plast Surg Clin North Am. 2007;15 (4): 415–421.
8. Ascher B., Talarico S., Cassuto D., Escobar S., Hexsel D., Jaen P., Monheit G.D., Rzany B., Viel M. International consensus recommendations on the aesthetic usage of botulinum toxin type A (Speywood Unit). Part II: Wrinkles on the middle and lower face, neck and chest. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010; 24 (11): 1285–1295.
9. Raszpaldó H., Niforós F.R., Gassia V., Dallara J.M., Bellity P., Baspeyras M., Belhaouari L. Consensus Group. Lower-face and neck antiaging treatment and prevention using onabotulinumtoxin A: the 2010 multidisciplinary French consensus — part 2. J Cosmet Dermatol. 2011; 10 (2): 131–149.
10. Paes E.C., Teepe H.J., Koop W.A., Kon M. Perioral wrinkles: histologic differences between men and women. Aesthet Surg J. 2009;29 (6): 467–472.
11. Kitzmiller W.J., Visscher M., Page D.A., Wicket R.R., Kitzmiller K.W., Singer L.J. A controlled evaluation of dermabrasion versus CO2 laser resurfacing for the treatment of perioral wrinkles. Plast Reconstr Surg. 2000; 106 (6): 1366–1372.
12. Ciocon D.H., Hussain M., Goldberg D.J. High-fluence and high-density treatment of perioral rhytides using a new, fractionated 2790-nm ablative erbium-doped Yttrium Scandium Gallium Garnet Laser. Dermatol Surg. 2011; 37 (6): 776–781.
13. Perkins S.W., Balikian R. Treatment of perioral rhytids. Facial Plast Surg Clin North Am. 2007;15 (4): 409–414.
14. Lemperle G., Duffy D.M. Treatment options for dermal filler complications. Aesthet Surg J. 2006; 26 (3): 356–364.
15. Дьяченко Ю.Ю. Коррекция губ и периоральной области: выбор препарата и техники инъекций. Инъекционные методы в косметологии. 2013; 3: 94–104.
16. Чайковская Е.А. Филлеры на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты: уточняем дефиниции. Инъекционные методы в косметологии. 2–13; 3: 32–39.
17. Шарова А.А. Пилотный анализ клинического опыта применения филлеров Yvoire. Инъекционные методы в косметологии. 2–13; 3: 40–42.