

Коррекция инволюционных изменений нижней трети лица нитями 6D Cara Thread и линейными нитями на основе полидиоксанона с полимолочным напылением

1 | ВВЕДЕНИЕ

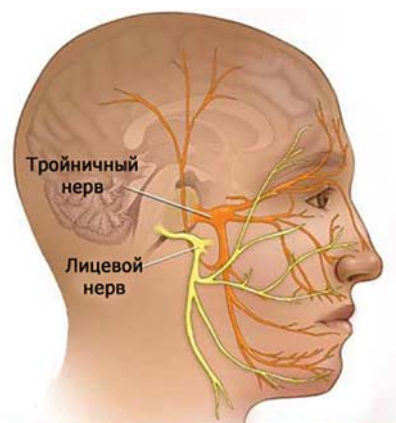
В определенном возрасте пациенты обращаются к врачу-косметологу, желая исправить «поползшие» контуры лица. Среди множества методик, используемых в этих целях, одной из наиболее востребованных остается нитевая имплантация. Мы хотели бы поделиться с читателями нашим клиническим опытом.

2 | АНАТОМИЯ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА

При имплантации мезонитей с насечками стоит помнить о наиболее важных анатомических структурах нижней трети лица, повреждение которых может привести к ряду серьезных осложнений.

Подбородочный нерв – конечная ветвь нижнего альвеолярного нерва (чувствительной ветви тройничного нерва) (рис. 1). Он выходит через подбородочное отверстие ниже второго нижнего премоляра, где располагается глубже мышцы, опускающей нижнюю губу. Иннервирует подбородок, нижнюю губу до уровня угла рта. При повреждении этого нерва

развивается онемение слизистой и кожи нижней губы и подбородка, пациент испытывает трудности при приеме пищи [1].



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

Рис. 1. Схема иннервации лица [2] (пояснения в тексте)

Краевой нижнечелюстной нерв. Этот нерв наиболее уязвим кпереди от подкожной мышцы шеи и слоя SMAS над краем нижней челюсти. Он направляется кверху по среднему отделу нижней челюсти и иннервирует мышцу, опускающую угол рта. Особое внимание необходимо уделить переднему краю жевательной мышцы. В этой точке лицевая артерия и вена пересекают край нижней челюсти, и краевой нижнечелюстной нерв проходит над этим сосудистым пучком. При повреждении данного

Н. Лукина, врач-косметолог, дерматолог, сертифицированный тренер BalanceMedEsthetic, Москва, Россия

нерва возникает дефект, при котором нижняя губа на пораженной стороне поднимается над нижними зубами, при этом оттянуть нижнюю губу книзу невозможно [1].

Кроме того, кожа вдоль нижнего края нижней челюсти и ее угла частично иннервируется шейным сплетением [1].

Субментальная область включает подподбородочный и поднижнечелюстной треугольники (рис. 2).

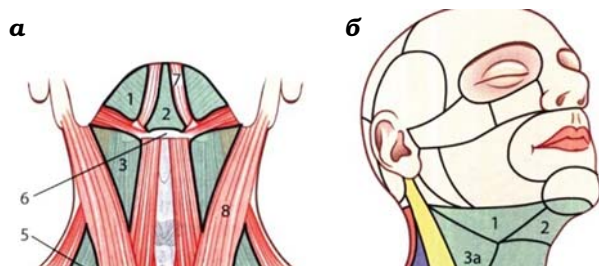


Рис. 2. Схема анатомического строения субментальной области: поднижнечелюстной треугольник (а); подподбородочный треугольник (б) [3]

Подподбородочный треугольник (рис. 3) содержит подподбородочные лимфоузлы, челюстно-подъязычные нерв и сосуд и подподбородочную ветвь лицевой артерии и сопровождающую ее вену. Дно треугольника образовано челюстно-подъязычной мышцей и рыхлой соединительной тканью, расположенной между поверхностным листком глубокой шейной фасции и челюстно-подъязычным нервом. Эта область иногда обозначается как подподбородочное пространство [1].

Поднижнечелюстной треугольник (рис. 4) содержит поднижнечелюстную железу и лимфоузлы, к ней



Рис. 3. Схема анатомического строения подбородочного треугольника: 1 – переднее брюшко двубрюшной мышцы; 2 – челюстно-подъязычная мышца; 3 – подъязычно-язычная мышца; 4 – шилоподъязычная мышца; 5 – заднее брюшко двубрюшной мышцы; 6 – сухожильная перемычка двубрюшной мышцы; 7 – подъязычная кость; 8 – подподбородочный треугольник [4]

прилежащие. Снаружи железу пересекает лицевая вена. Между поднижнечелюстной железой и нижним краем нижней челюсти выходит лицевая артерия. Спереди дно треугольника образовано челюстно-подъязычной мышцей, сзади – подъязычно-язычной мышцей. Глубокая доля железы вместе с подчелюстным протоком покидает треугольник, проходя кпереди выше заднего края челюстно-подъязычной мышцы. В заднем отделе, кпереди от языка, проходят подъязычно-язычная мышца, ЧН-XII и сопровождающая его вена. Около угла, образованного двумя брюшками двубрюшной мышцы, открывается доступ к язычной артерии до того, как она скроется за задним краем подъязычно-язычной мышцы [1].

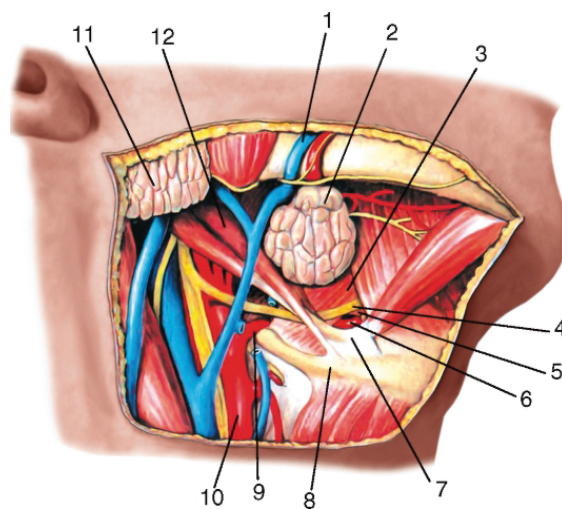


Рис. 4. Схема анатомического строения поднижнечелюстного треугольника: вид сбоку: 1 – лицевые артерия и вена; 2 – поднижнечелюстная железа; 3 – подъязычно-язычная мышца; 4 – подъязычный нерв; 5 – язычный треугольник; 6, 9 – язычная артерия; 7 – сухожилие двубрюшной мышцы; 8 – подъязычная кость; 10 – наружная сонная артерия; 11 – околоушная железа; 12 – шилоподъязычная мышца [5]

3 КОРРЕКЦИЯ НИЖНЕЙ ТРЕТИ И КОНТУРОВ ЛИЦА НИТЯМИ 6 D CARA THREAD И МЕЗОНИТЯМИ С ПОЛИМОЛОЧНЫМ НАПЫЛЕНИЕМ

Клинический пример

Пациентка 54 лет (рис. 5). Косметологический анамнез: верхняя блефаропластика – в 2002 году, фейслифтинг – в 2003, кон-



Рис. 5. Пациентка, Л., 54 года. Вид до (а, б) и сразу после (в, г) процедуры

турная пластика носогубных складок – в 2012, нитевая биостимуляция верхней, средней и нижней третей лица линейными мезонитями в количестве 40 штук – в 2015, ботулинотерапия – в 2016 году.

Аллергоанамнез не отягощен.

Диагноз: атрофические изменения кожи лица (L 90.0).

Показания к нитевому лифтингу: дряблая кожа со сниженным тургором и эластичностью, птоз мягких тканей лица и субментальной области, сглаженность шейно-подбородочного угла. При отборе пациентки учитывали толщину кожи и подкожно-жировой клетчатки (незначительная), подвижность мягких тканей, расположение подъязычной кости,

выраженность поднижнечелюстной железы, тонус платизмы (исключали гипертонус). Достичь удовлетворительного результата у данной пациентки можно, комбинируя армирующие нити с линейными мезонитями в ходе одной процедуры. Мезонити с насечками 6 D Cara Thread в канюле-носителе L-типа устанавливают в целях профилактики дальнейшего птоза и укрепления мягких тканей нижней трети лица и субментальной области. Для улучшения качества кожи, повышения ее тургора и эластичности устанавливают линейные мезонити с полимолочным напылением.

Противопоказания для проведения процедуры имплантации мезонитей стандартные. При сборе анамнеза у пациентки противопоказания не выявлены.

Используемые материалы

1. Набор стерильных инструментов (ножницы), стерильный перевязочный материал [6], спиртовой раствор хлоргексидина (этиловый спирт 95%-ный), 1%-ный раствор лидокаина (разведенный 1:1 с натрием хлоридом 0,9%-ным).

2. Мезонить с насечками 6 D Cara Thread в канюле-носителе L-типа (рис. 6). Особенность нити – расположение бинаправленных зубцов, развернутых по оси на 360°. Химический состав нити – полидиоксанон, размерный ряд 21 G / 90мм. Мезонить из полидиоксанона, относится к модификации «I» по классификации CHRIST [7]. В зависимости от способа установки нити в мягких тканях лица добиваемся армирующего или лифтингового эффекта.

3. Линейные мезонити с полимолочным напылением Cara Thread (рис. 6), размерный ряд 29G/50мм, оказывают в мягких тканях биостимулирующий эффект. Линейные мезонити относятся к модификации «R» по классификации CHRIST [7].



Рис. 6. Упаковка нитей Cara Thread

Описание процедуры

Процедура проводится в условиях процедурного кабинета по СанПин 2.1.3.1375-03 [6] с соблюдением правил асептики.

После осмотра, фотографирования пациентки в пяти проекциях, подписания информированного согласия, демакияжа и обработки кожи дезинфицирующим средством выполняется разметка. Разметку осуществляют при положении пациентки сидя, отмечая основание нижней челюсти, предчелюстную борозду и угол нижней челюсти (рис. 7).

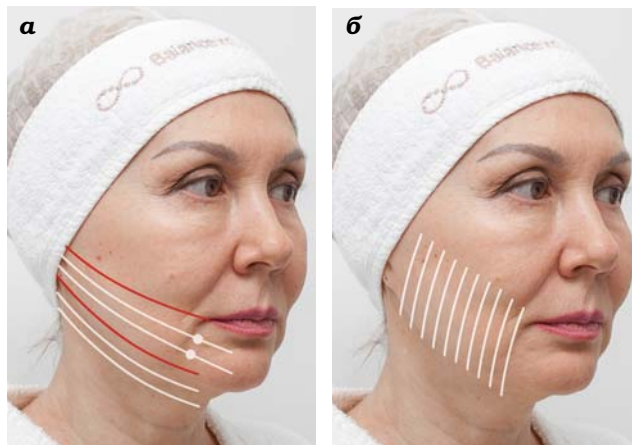


Рис. 7. Предпроцедурная разметка: для нитей 6 D Cara Thread (а); для линейных нитей Cara Thread полимолочным напылением (б)

При необходимости место входного отверстия инфильтрируем анестетиком (1%-ным раствором лидокаина). На расстоянии 1 см выше основания нижней челюсти иглой 18 G (большого диаметра, чем канюля 21 G), формируем входное отверстие для установки мезонитей с насечками 6D Cara Thread (рис. 8).



Рис. 8. Иглой 18G формируем входное отверстие для канюли L-типа с предустановленной нитью

Глубина имплантации армирующей мезонити – подкожно-жировая клетчатка. Установку нити проводим согласно предварительной разметке спереди и на 1 см медиальнее «морщины марионетки». Для фиксации мягких тканей нижней челюсти устанавливают по 4 нити с насечками с каждой стороны: две над краем нижней челюсти, две – в субментальной области (рис. 10).

Имплантацию мезонитей с насечками в субментальной области производят также на уровне подкожно-жировой клетчатки. После постановки происходит подтягивание нитей за свободные концы, затем их аккуратно обрезают стерильными ножницами. Кожу обрабатывают дезинфицирующим раствором. Входные отверстия закрывают стерильным лейкопластырем.

После этого в целях ревитализации, реструктуризации, уплотнения дермы и улучшения цвета кожи

устанавливают линейные мезонити 29 G/50 мм. В области проекции нижней челюсти рекомендуется установить 10 мезонитей с каждой стороны (рис. 10а). Также линейные мезонити в количестве пяти штук имплантируют в субментальной области (рис. 10б).

Расстояние между линейными мезонитями – 5 мм. Линейные мезонити устанавливают перпендикулярно к армирующим нитям по направлению линий Лангера. При этом необходимо учитывать расположение поверхностных сосудов.

По окончании процедуры кожу обрабатывают дезинфицирующим средством, пациентке накладывают фиксирующую повязку.

После завершения имплантации мезонитей пациентке выдают рекомендации по соблюдению постпроцедурного режима. Частично пациентка заметит результат сразу (см. рис. 5в и 5г), частично результат



Рис. 9. Имплантация мезонитей с насечками 6 D Cara Thread в канюле-носителе L-типа 21 G/90 мм (а). Установлены две армирующие мезонити в области нижней трети лица и две в субментальной области (б). Аналогично устанавливают нити с противоположной стороны

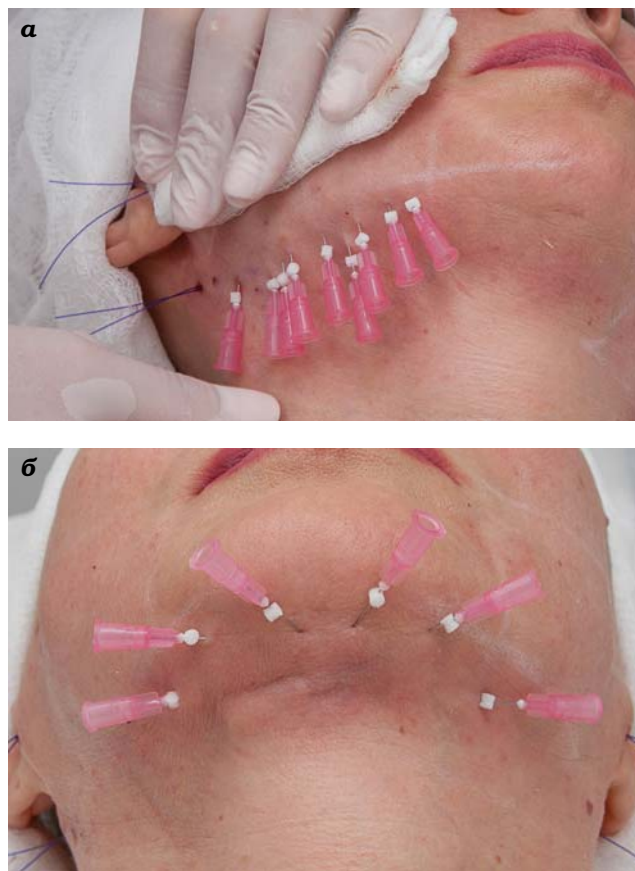


Рис. 10. Имплантация линейных мезонитей 29G/50 мм с пересечением края нижней челюсти. Эти нити устанавливают перпендикулярно армирующим мезонитям 6 D Cara Thread по линиям Лангера (а). Имплантация линейных мезонитей 29G/50 мм в подподбородочном треугольнике (б)

будет нарастать с течением времени [6]. Зависит это от состояния мягких тканей пациентки, строения нити, ее толщины и химического состава. Первичный видимый клинический результат даст мезонить с насечками, а нарастающий эффект связан с воздействием на ткани линейных мезонитей. Химический состав линейных нитей – полидиоксанон с нанонапылением полимолочной кислоты, – поэтому данные нити оказывают биостимулирующее влияние на мягкие ткани. Поскольку синтез коллагеновых и эластиновых волокон пролонгирован во времени (занимает в среднем около 4 недель), эффект в течение этого времени будет нарастать.

Прямые условия, влияющие на достижение эффекта – подготовленность кожи пациента, модификация нити, техника постановки; косвенные – соблюдение постпроцедурного режима. Длительность клинического эффекта составляет 1,5–2 года.

4 | ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для достижения удовлетворительных результатов нитевой имплантации необходимо производить тщательный отбор пациентов. Очень важно, чтобы у пациента сформировались реалистические ожидания.

Коррекция нижней трети лица и субментальной области посредством имплантации нитей остается актуальной. Постановку мезонитей разной модификации в зависимости от выраженности инволюционных изменений и индивидуальных особенностей состояния тканей пациента можно выполнять как в одну процедуру, так и последовательно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Янфаза П, Нэдол мл. ДБ, Галла Р и др. Хирургическая анатомия головы и шеи. (пер. с англ.) – М.: Бином, 2014.
2. <https://12cranialnerves.wordpress.com/cranial-nerve-7-facial-nerve/>
3. https://meduniver.com/Medical/otorinolaringologia_bolezni_lor_organov/anatomia_mishc_shei.html
4. Netter FH. Atlas of human anatomy. 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003.
5. Михайлов СС, Чужбар АА, Цыбулькин АГ. Анатомия человека. Под ред. Колесникова ЛЛ. 5-е изд., перераб. и доп. Т. 2. – М., 2011.
6. Жукова О, Сергеева Н. Методы нитевого лифтинга в работе косметолога по формированию контуров тела. Эстетическая медицина, 2016;XV(2).
7. Кодяков АА, Федоров ПГ, Александров ВН. Нитевая имплантология. – М., 2017.