

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИОРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ЗОНЫ ШЕИ И РУБЦОВ

Приложение дозировок (смотрите табл. 3.4 и 3.5)

Ботулинический токсин типа А гемагглютинин комплекс (Ботокс[®]) (косметический ботокс): 2,5 мл до 100 ЕД : 4 ЕД = 0,1 мл
 Ботулинический токсин типа А (Ксеомин[®]): 2,5 мл до 100 ЕД : 4 ЕД = 0,1 мл
 Ботулинический токсин типа А гемагглютинин комплекс (Диспорт[®]): 3,5 мл до 500 ЕД (Спейвуда) с учетом, что в 0,1 мл 14,2 ЕД (Спейвуда)
 Аззалур[®]: 0,63 мл до 125 ЕД (Спейвуда), 10 ЕД в 0,05 мл

Прежде чем приступать к лечению ботулотоксином, удостоверьтесь, что вы обладаете хорошими знаниями анатомии периоральной области. Круговая область рта хорошо реагирует, однако необходимо соблюдать осторожность, чтобы не допустить распространения препарата на окружающие мышцы (рис. 10.1). Ограничения диффузии ботулотоксина можно достичь путем повышения концентрации при меньшей дозировке. Лечение неправильных мышечных волокон может привести к таким нарушениям, как затрудненное питье воды, невнятная речь, асимметричная улыбка.

Ботулотоксин может понадобиться пациентам с лицевым гемиспазмом для снятия напряжения в очаге над мышцей, поднимающей губу. Подобный недуг может привести к углублению угла рта и повышению слюноотделения (рис 10.2). Пациенты, как правило, предпочитают тонкую струйку слюны, чем неприятный спазм и подергивание одной половины лица. Тем не менее в косметической практике этого осложнения следует избегать.

СТАРЕНИЕ ПЕРИОРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

Удаление морщин не всегда дает омолаживающий эффект. При рассмотрении вопроса об омоложении этой области изучите общий тонус кожно-мышечного комплекса. Проанализируйте костную опору, зубной ряд и форму носа.

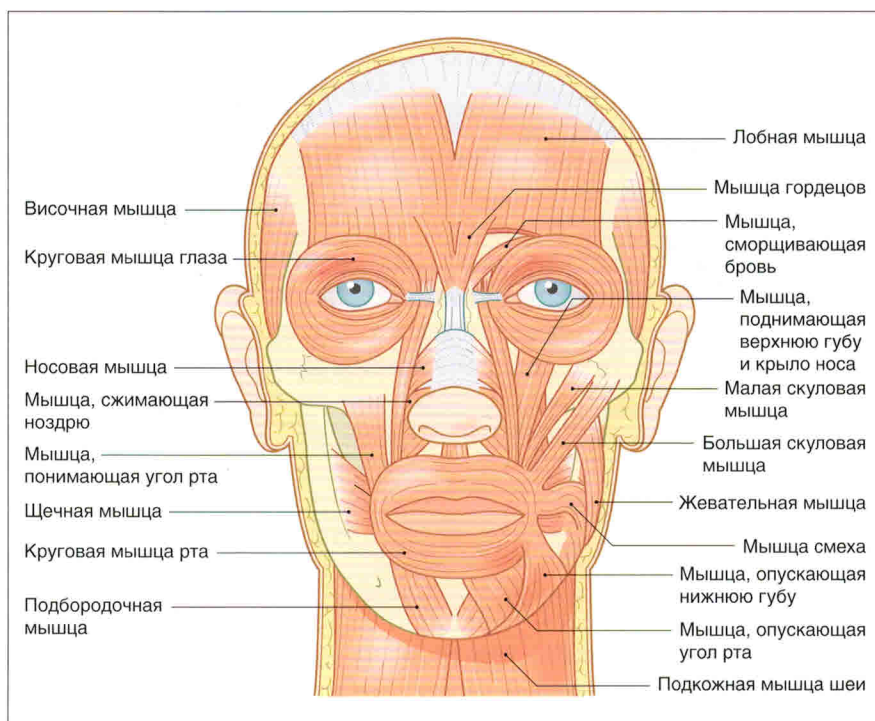


Рис. 10.1. Анатомия периоральной части лица (Из Zide B.M. & Jelks G.W. (1985). Хирургическая анатомия орбиты. Нью-Йорк: Raven Press Books, Ltd. С разрешения Барри М. Зиди.)

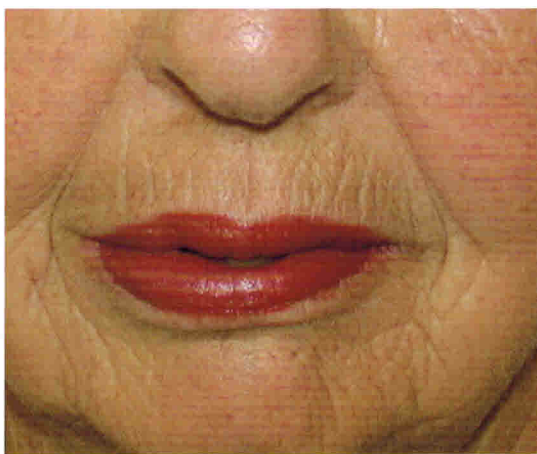


Рис. 10.2. Обвисание рта после инъекции ботулотоксина при тяжелом блефароспазме

Согласно исследованиям, старение вызывает как переднюю, так и заднюю рецессию лицевых костей. Со временем увеличивается расстояние от носа до красной каймы губ. Сама по себе кайма с годами сжимается,

а губы теряют объем и подворачиваются внутрь и вниз, а не вверх и наружу. Депрессоры губ и лифтеры вызывают морщины в уголках рта и «марионеточные линии». Мышца *mentalis* способствует тому, что подбородок подворачивается вверх или даже становится острым, формируя складку. «Падение» челюсти подчеркивает морщины в области между уголками рта и подбородком. Мышца платизмы в итоге притягивает стороны рта к челюсти, и это в сочетании с провисанием лица образует второй подбородок. В результате повышенного тонуса покоя подкожной мышцы шеи формируются вертикальные полосы вдоль линии действия «колец Венеры» («индюшачья шейка»). Кончик носа со временем опускается вниз (заостряется), а опускание средней части лица в сочетании с углублением лицевых костей усугубляет носогубные складки.

ЛЕЧЕНИЕ

Можно наблюдать слабый паралич мышц, в которые был введен ботулотоксин, — при прекращении сокращения мышечных волокон он вызывает легкое удлинение. Это особенно ярко проявляется в вертикальных мышцах лица, например верхней губе. Почти все пациенты могут добиться разглаживания ритидов над верхней губой с помощью шлифовки углекислым газом разной интенсивности и глубины. Внимательно осмотрите пациента и оцените возможный эффект удлинения периоральной мышцы до инъекции. Если расстояние от носа до окантовки губы уже довольно большое (рис. 10.3), то процедура ботулотоксина не придаст ожидаемой красоты внешнему виду пациента. Лечение носогубной складки также удлинит верхнюю губу. Можно предложить альтернативное лечение: хирургическое вмешательство, шлифовка углекислым газом или филлер (рис. 10.4; также см. главу 11).



Рис. 10.3. До (а) и одну неделю спустя (б) после лазерной шлифовки углекислым газом, проведенной для того, чтобы укоротить верхнюю губу и смягчить глубокие ритиды



Рис. 10.4. До (а) и после (б) периоральной лазерной шлифовки углекислым газом

ПЕРИОРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ

- Ритиды верхней губы
- Ритиды нижней губы
- «Галечный» подбородок
- Поднятие углов губ
- Уменьшение носогубных складок

Прежде чем приступать к лечению периоральной области, необходимо подробно изучить анатомию мышц, приводящих губы в движение.

РИТИДЫ НАД ВЕРХНЕЙ ГУБОЙ

Автор прибегает к применению ботулотоксина для лечения ритидов верхней губы, только если в этом существует острая необходимость. Некоторые пациенты обладают небольшой выпуклостью челюстей, и они более склонны к высокому тону покоя круговой мышцы рта в области верхней губы. Предотвратить распространение мелких морщин, особенно у некурящих пациентов, можно с помощью небольшого объема ботулотоксина, введенного на расстоянии от обода губ (рис. 10.5). Ограничение сокращений круговых мышц рта может повлиять на их непосредственное



Рис. 10.5. Ботулинический токсин (0,02 мл) в суперолатеральный ритид верхней губы

функционирование: артикуляцию и прием пищи. Пациенты часто отмечают, что у них больше не получается «надуть губы», кроме того, они иногда испытывают ощущение «невнятной артикуляции, невнятной речи».

Иногда возникают более серьезные побочные эффекты, о возможности которых необходимо предупредить пациента. Слабые ощущения «плохой артикуляции» проходят в течение первых недель. Предотвратить риски проще всего, если аккуратно, поэтапно проводить лечение с дополнительной шлифовкой или использованием филлера. При возможности одобряйте инициативу пациента провести повторную шлифовку углекислым газом, которая предоставит по крайней мере 50% долгосрочного улучшения (глава 11), а если ситуация требует немедленных мер — вводите гиалуроновую кислоту в область ритида. Некоторым пациентам на пользу пойдут обе процедуры, однако автор не рекомендует применять два препарата одновременно в области губ и носогубной складки, чтобы избежать непреднамеренной отечности в результате диффузии ботулотоксина.

Рекомендуется в случае необходимости вводить подкожно не более 0,0125 мл ботулотоксина на один участок (при указанных выше дозировках). Использование меньшего объема и более высокой концентрации также приветствуется, но на первом этапе довольно трудно регулировать действие токсина, поэтому к этой технике можно прибегать, уже будучи опытным врачом.

Не вводите филлеры и ботулотоксин в периоральную область одновременно. Ботулинический токсин может удлинить и сплющить губы, требуя различного уровня наполнителя. Наполнитель же может появиться в виде узелков, если его ввести в область, которая впоследствии расплющивается ботулиническим токсином.

Иногда более безопасно лечить глубокие ритиды верхней губы с помощью лазерной шлифовки и/или инъекций гиалуроновой кислоты, чем с помощью ботулотоксина, из-за двойного риска ослабления сфинктера губы и удлинения губы (глава 11).

КРАСНАЯ КАЙМА ГУБ

Тонкие «красные» линии по краю губ могут быть выведены с помощью 0,0125 мл ботулотоксина (рис. 10.6). Если вы проводите инъекции окаймления губ, то воздержитесь от введения препарата дальше от границ рта. Таким образом можно снизить вероятность дряблости губ и возникновения побочных эффектов. Инъекции могут быть внутримышечными или подкожными, в зависимости от техники введения препарата.

УГОЛКИ ГУБ

Введение ботулотоксина в мышцы, опускающие уголки губ, чуть выше нижней границы лица, на 1 см в сторону от угла рта может помочь добиться естественного подъема наружных углов, а усилить эффект способна гиалуроновая кислота (рис. 10.7).

Мышца, опускающая угол рта, тесно связана с подкожной мышцей шеи и с мышцей, опускающей нижнюю губу.

Нежелательная диффузия в области мышцы, опускающей нижнюю губу, может привести к ограничению возможности сжимать ее, к асимметрии во время улыбки или даже подтеканию воды во время питья. Некоторые эксперты рекомендуют проводить инъекции подкожно и в радиусе не менее 1 см от уголков, чтобы избежать подобных побочных эффектов. Кроме того, можно добиться лучшего результата с помощью гиалуроновой кислоты, если вводить ее инферолатерально к латеральным складкам рта, иногда с некоторым прониканием внутрь нижней и верхней губ, граничащими со спайкой.

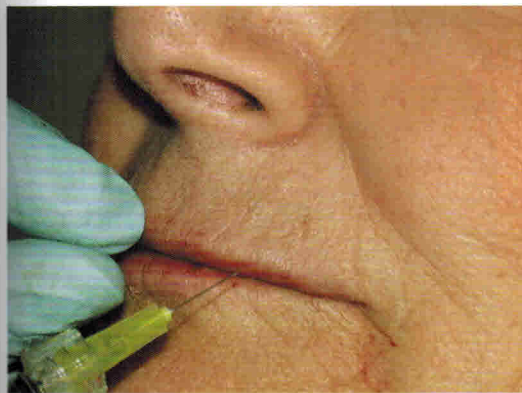


Рис. 10.6. Наполнитель в область окантовки губ для обработки «кровотокающих линий»

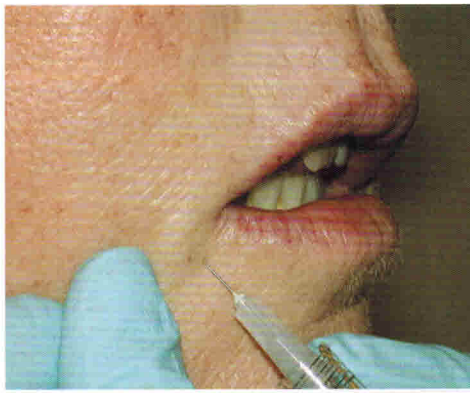


Рис. 10.7. Введение филлера в латеральную спайку