

| РАЗДЕЛ 3
ЭСТЕТИЧЕСКАЯ
ХИРУРГИЯ ЛИЦА

3.1. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОМОЛОЖЕНИЕ ЛИЦА

А.С. Дикарев, Д.В. Мантарджиев,
Д.И. Циненко

- Омолаживающая хирургия лица — это комплекс процедур, вектор действия которых противоположен возрастным изменениям мягких и опорных тканей лица, включающих изменения объемов и пространственной конфигурации в различных его областях.
- Современные тенденции данной области хирургии предполагают максимальную естественность результатов, когда при минимальной стигматизации возможно добиться максимального эффекта, результативность которого оценивается в виде степени изменения восприятия лица как более молодого.
- Данное условие диктует необходимость рассмотрения не изолированных областей для хирургической коррекции, а проведение набора из операций для каждой зоны лица с целью комплексного омоложения, что требует глубоких знаний послойной анатомии лица, понимания биомеханики и биодинамики мягких тканей.

Одним из социальных личностных параметров оценки каждого индивидуума в обществе является возраст, восприятие которого при общении складывается из множества деталей визуального анализа внешности, складывающихся из деталей состояния и взаимоотношений покровных, мягких и опорных тканей лица. Понятие красоты с позиций психологии — отражение референса внешности здоровой особи в популяции. Увечья или врожденные аномалии расцениваются как отклонения от нормы и на подсознательном уровне вызывают в той или иной степени эмоции отторжения. Красивый человек привлекателен в понимании возможности продолжения рода, что является одним из основных и важных моментов в достижении психологической совместимости при выборе партнеров. Молодость не тождественна красоте, однако коррелирует с ней и всегда на подсознательном уровне ассоциирована со здоровьем и фертильностью. Критерии красоты включают множество взглядов и мнений, всегда являются субъективными, зависящими от расовых, этнических параметров и особенностей, свойственных каждой временной эпохе.

Понятия молодости ассоциированы с гармонией соответствующих пропорций объемов лица.

Нозологические формы и клинические проявления

Возрастные изменения в области лица хорошо изучены и имеют каскадность в развитии. В зависимости от анатомии лицевого скелета, возраста, а также факторов, связанных с образом жизни, степень возрастных изменений может варьировать. Глобально возрастные изменения лица можно разделить на изменения в 2 областях (рис. 3.1.1):

- верхняя и средняя треть лица (внутренний овал лица);
- область нижней трети лица и шеи (наружный овал).



Рис. 3.1.1. Разделение зон лица: А — верхняя; Б — средняя; В — нижняя треть лица и шея

Алгоритмы возрастных изменений гравитационного характера определяются опорностью лицевого скелета, что, в свою очередь, является частью проявлений этнической, расовой принадлежности, конституцией организма в целом, что определяет плотность связочного аппарата, наличие зубочелюстных

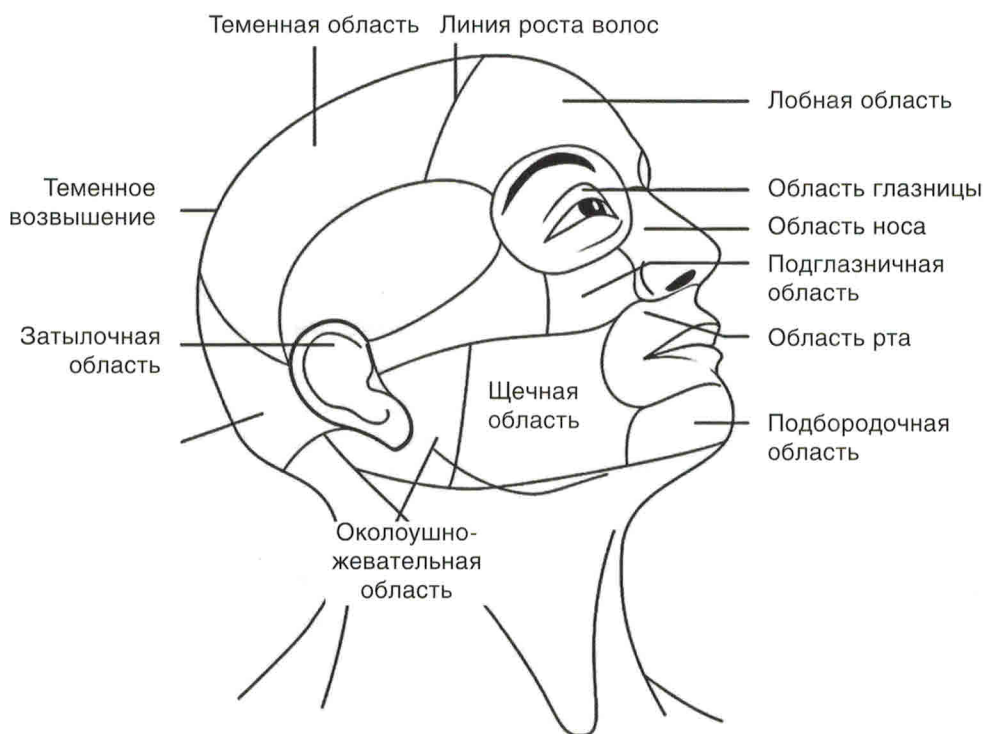


Рис. 3.1.2. Области лица и шеи

деформаций и аномалий развития костей лицевого скелета.

Верхняя и средняя треть лица, или периорбитальная область: данная зона включает лобные, височные, глазничные, подглазничные, скуловые и верхние (краниальные) части околоушно-жевательных, щечных областей. К зоне нижней трети лица и шеи относят нижние (дистальные) части околоушно-жевательных и щечных областей, ротовую, подбородочную области, а также подподбородочные, поднижнечелюстные, сонные треугольники и переднюю область шеи до верхнего края щитовидного хряща (рис. 3.1.2).

Возрастные гравитационные атрофические изменения верхней трети лица: лобная область

Расстояние между краем роста волос и зоной глабеллы определяется как высота лба. Низкий лоб воспринимается как признак молодости. Фактор растяжения тканей и изменения зоны роста волос в сторону уменьшения определяет увеличение высоты лба с возрастом. Наличие тонуса лобного брюшка надчерепной мышцы является компонентом опорности и фактором позиционирования основных анатомических ориентиров периорбитальной области. С возрастом мягкие ткани лица, включая лобное брюшко надчерепной мышцы, провисают, растягиваются. Как следствие, возникает провисание тел и хвостов бровей. Увеличивается количе-

ство избытков кожи верхних век. Данное состояние воспринимается и ощущается как тяжесть над веками и носит название «тяжелый» взгляд. При первичной консультации пациенты жалуются на ощущение, «будто хочется собрать волосы в хвост», или движением рук имитируют подтяжку лба. Наличие выраженного объема костной части тканей верхнего края глазницы, отсутствие четко очерченной борозды верхнего века в связи с ее анатомией и положением ROOF (retro-orbicularis oculi fat) может обуславливать наличие «тяжелого» взгляда у лиц молодого возраста без возрастных гравитационных изменений. Компенсаторно для устранения ощущений тяжести и расправления кожи верхних век возникает привычное напряжение лобной мышцы. Следствием такого состояния является появление глубоких морщин кожи в лобной области. Изменения в данной зоне манифестируют раньше, когда опорность в средней трети лица является достаточной (рис. 3.1.3).

Возрастные гравитационные атрофические изменения средней трети лица

Восприятие и оценка возраста складывается из комплекса характеристик всех участков лица. Меньшая высота нижнего века, которое определяется как расстояние между тарзальной пластинкой нижнего века и носослезной бороздой, позволяет воспринимать лицо как более молодое. Следствием

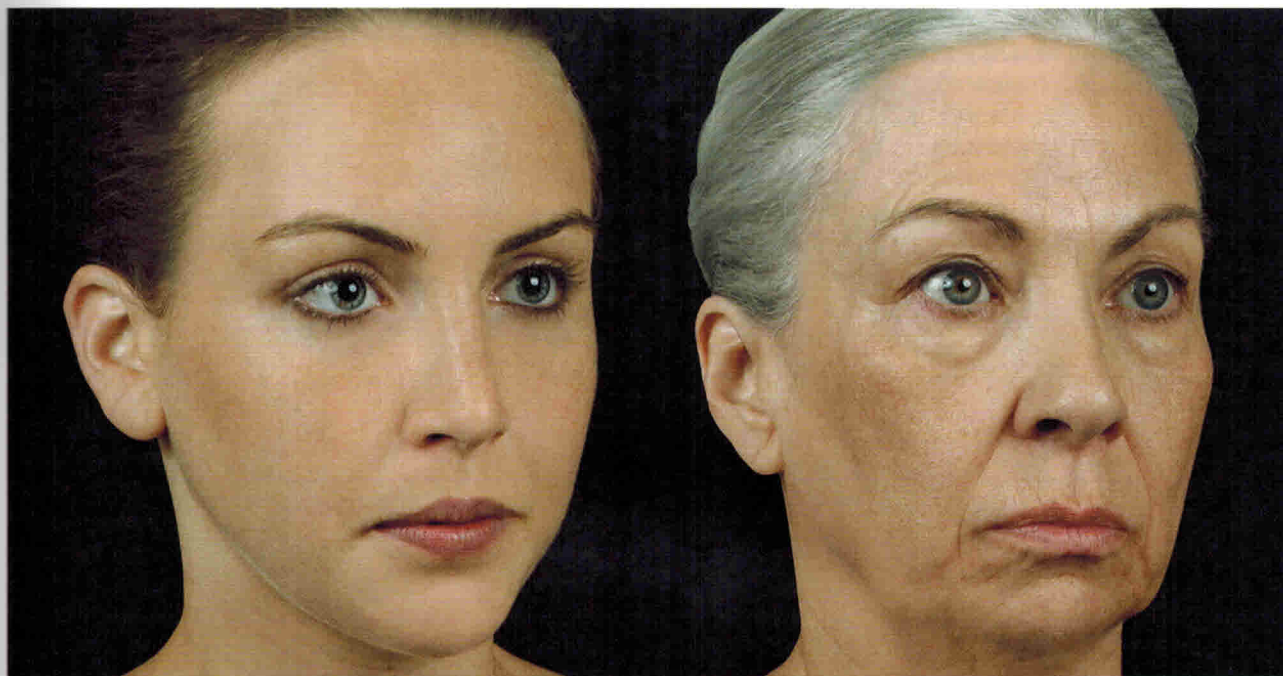


Рис. 3.1.3. Иллюстрация возрастных изменений. Дочь и мать

птоза и атрофии мягких тканей средней зоны лица является увеличение высоты нижнего века (рис. 3.1.4).

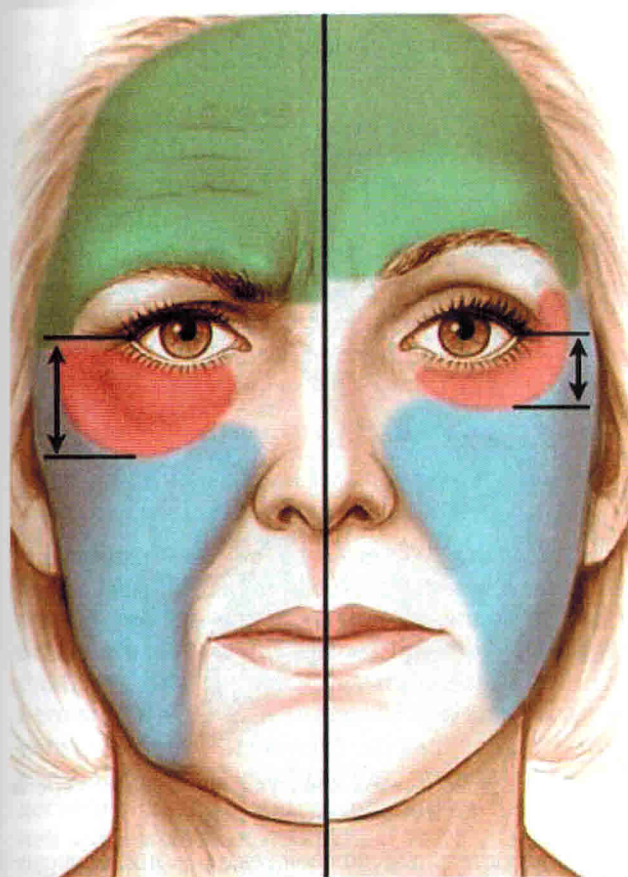


Рис. 3.1.4. Изменение высоты нижнего века. Сравнение возрастных изменений относительно латерального угла глаза

Реализация птоза мягких тканей, происходящего под действием гравитации и потенцируемого атрофическими изменениями, осуществляется согласно общим законам биомеханики, биодинамики и впервые проявляется в зоне наличия наименьшей опорности, при этом чаще всего манифестируется именно в этой области. Меняются не только мягкие ткани, но и конфигурация лицевого скелета. Костная ткань, в особенности скуловые и верхнечелюстные области, претерпевает атрофию. Следствием описанных изменений является опущение латеральных углов глаз, что приводит к появлению отрицательного кантального тилта, уменьшению проекции скуловой кости, следствием чего является смена нулевого или положительного лицевого вектора на отрицательный; уменьшение проекции верхнечелюстных костей приводит к снижению опорности верхней губы, что проявляется в виде увеличения ее длины (рис. 3.1.5, 3.1.6).

В случае наличия отрицательного лицевого вектора проявляется ранняя скелетизация нижнего края орбиты (рис. 3.1.7).

В зависимости от строения связочного аппарата (поддерживающие связки круговой мышцы глаза и связка носослезной борозды, нижняя глазничная перегородка), соотношения объема полости глазницы и орбитального жира возможно более раннее или позднее появление грыж нижних век. Вследствие растяжения и атрофии круговой мышцы глаз, ослабления связочного аппарата и кожи периорбитальной области создаются условия для появления грыж верхних и нижних век к (рис. 3.1.8). Избытки кожи верхних век могут нависать над веком, обуславливая наличие истинного блефарохалазиса (рис. 3.1.9).

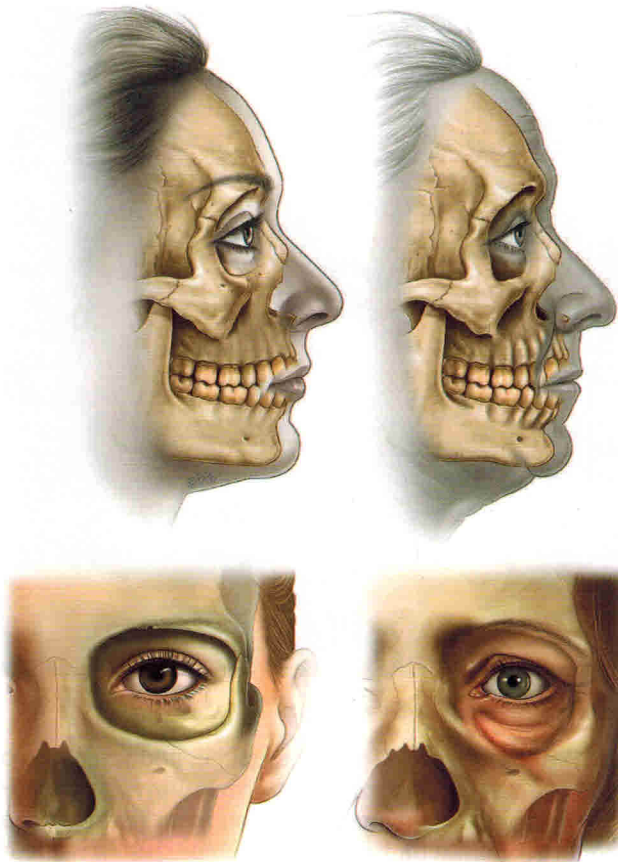


Рис. 3.1.5. Возрастные атрофические изменения костей лицевого скелета



Рис. 3.1.6. Возрастное увеличение длины верхней губы и опущение углов рта

Главными опорными элементами средней зоны лица являются верхняя челюсть и скуловая кость. Именно они определяют тип лицевого вектора. Лицевой вектор — это взаимоотношение между наиболее выступающей точкой глазного яблока и нижнеглазничным краем, малярной возвышенностью. Различают положительный и отрицательный лицевой векторы (рис. 3.1.10).

- Положительный лицевой вектор — при проведении вертикальной линии через наиболее выступающую точку глазного яблока малярная возвышенность окажется кпереди от последней.



Рис. 3.1.7. Скелетизация нижнего края орбиты

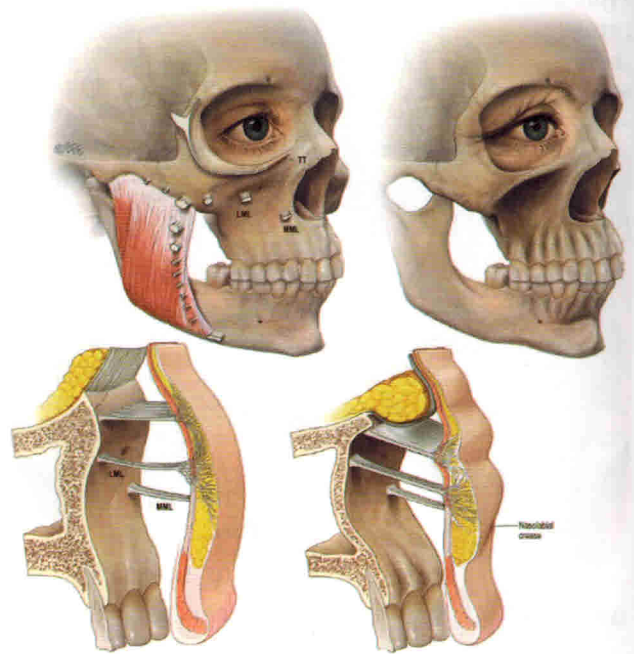


Рис. 3.1.8. Возрастные изменения костей лицевого черепа и связочного аппарата

- Отрицательный лицевой вектор — при проведении вертикальной линии через наиболее выступающую точку глазного яблока малярная возвышенность окажется кзади от последней.

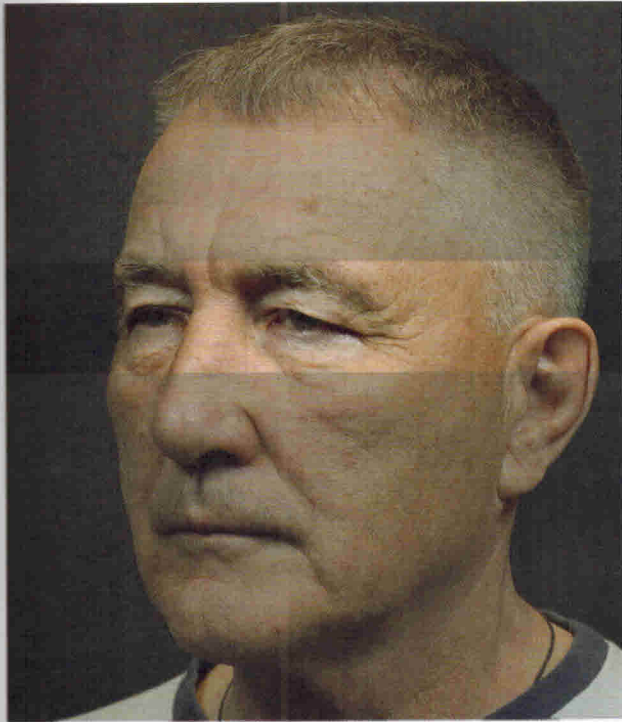


Рис. 3.1.9. Блефарохалазис у пациента семидесяти лет

личению глубины носослезных и носогубных борозд, визуализации малярных мешков, уменьшению проекции скуловых возвышенностей и сглаживанию линии Оджи. С возрастом взаимоотношение глазного яблока и нижнеглазничного края меняется в результате ретрузии последнего (рис. 3.1.11, 3.1.12).

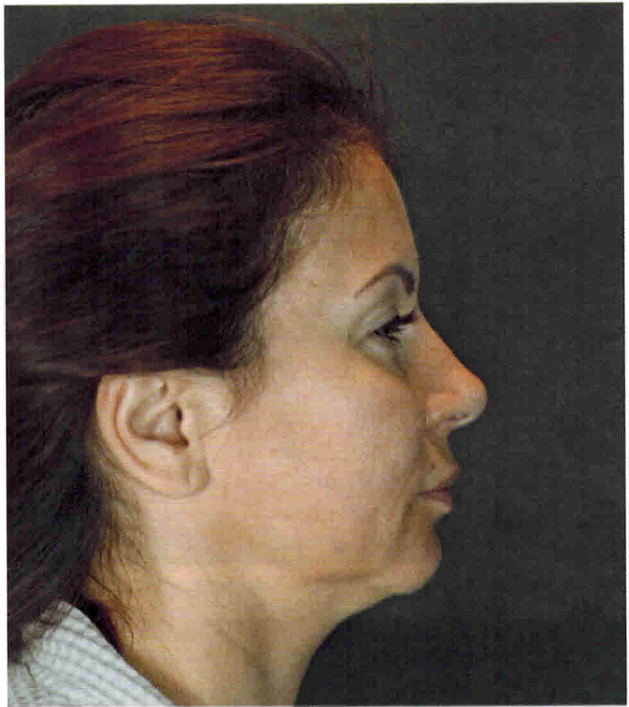
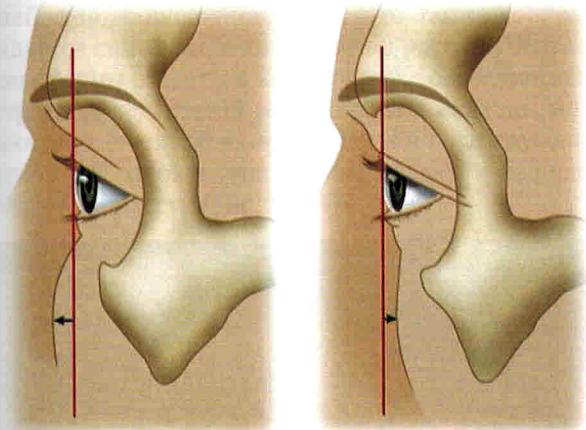


Рис. 3.1.11. Положительный лицевой вектор у пациентки сорока четырех лет



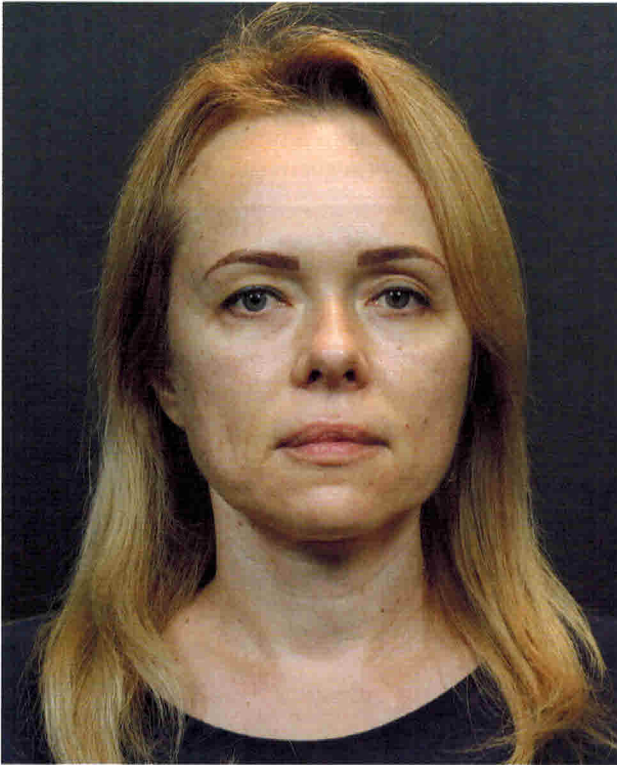
Положительный вектор Отрицательный вектор

Рис. 3.1.10. Положительный и отрицательный лицевые векторы

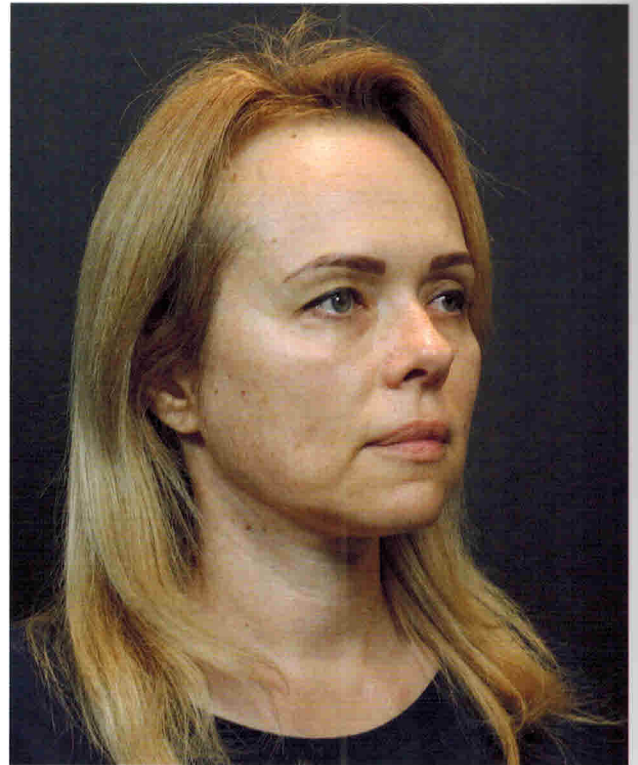
Отрицательный лицевой вектор является результатом недостаточности объема опоры нижнеглазничного края и малярной возвышенности или избытка объема мягких тканей орбиты. Данное состояние сопровождается низким положением нижнего века и медиальным положением латерального угла глаза, что, в свою очередь, увеличивает высоту глазной щели. Из этого следует, что пациенты с недостаточно выраженным лицевым скелетом средней зоны лица имеют «круглые глаза». Гипоплазия выступа подглазничного края приводит к раннему появлению грыж. Ослабление опорности, растяжение связочного аппарата, атрофия и птоз жировых компартментов средней зоны лица приводит к уве-



Рис. 3.1.12. Отрицательный лицевой вектор у пациентки тридцати шести лет



А



Б



В

Суммируя вышеперечисленные факторы, возрастные гравитационные атрофические изменения верхней и средней трети лица визуально проявляются в виде: увеличения высоты лба; опущения тел и хвостов бровей, латеральных углов глаз; появле-

Рис. 3.1.13. Возрастные гравитационные атрофические изменения периорбитальной области: А — анфас; Б — вид три четверти; В — профиль

ния грыж и избытков кожи верхних и нижних век; увеличения высоты глазной щели и нижнего века; углубления носослезных и носогубных борозд,птоза малярного жира, сглаживания линии Оджи, увеличения высоты верхней губы (рис. 3.1.13).

Возрастные гравитационные атрофические изменения нижней трети лица и шеи

Главным опорным элементом нижней зоны лица является нижняя челюсть. II класс зубочелюстной аномалии по Энглю (ретропозиция нижней челюсти, гипоплазия подбородочного выступа нижней челюсти) является предиктором появления более ранних, по сравнению с представителями такого же возраста, гравитационных изменений нижней трети лица и шеи.

Полная и частичная адентия под действием факторов, возникающих по законам Вульфа и Фроста, приводит к атрофии альвеолярного отростка нижней челюсти, смещению зубных рядов, уменьшению высоты нижней трети лица. Совместно с воздействием гравитационных сил это приводит к ранней потере контура нижней челюсти и сглаживанию шейно-подбородочного угла.

Возрастные атрофические изменения коллагена системного характера являются основой проявлений гравитационногоптоза. С возрастом шейный дыхательно-пищеварительный органокомплекс мигрирует каудально, что провоцирует опускание тела подъязычной кости и, как следствие, сглаживание шейно-подбородочного угла. Это также сопровождается снижением тонуса мышц ротовой области, диафрагмы рта, что, в комбинации с особенностями строения подкожной мышцы шеи в виде несращения двух ее листков, проявляется в виде опущения углов рта, провисания мягких тканей в надподъязычной области (рис. 3.1.14).

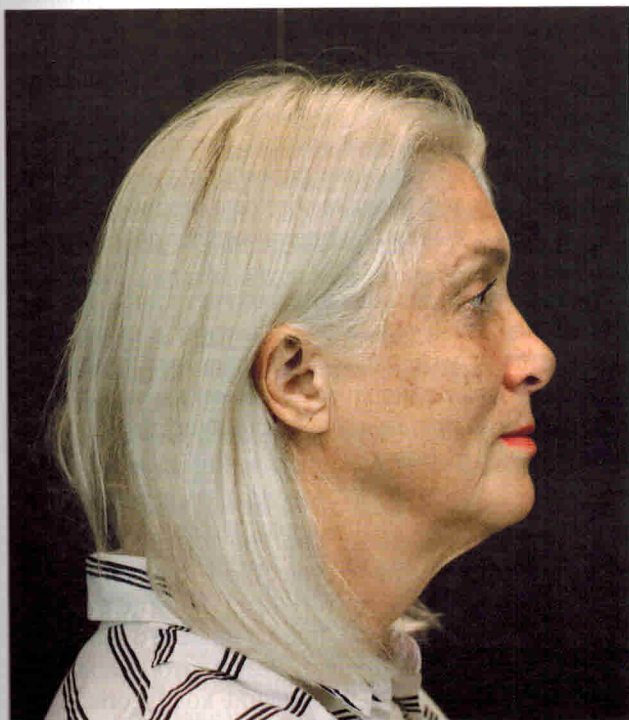


Рис. 3.1.14. Сглаженный шейно-подбородочный угол

Формирование брылей является итогомптоза мягких тканей щеки, а именно жирового тела щеки и преджевательного клетчаточного пространства в области точки фиксации нижнечелюстной связки Furnas, которая, оставаясь неизменяемой, создает точку вращения и тканиптозируются по касательной, формируя «брыли» (рис. 3.1.15).

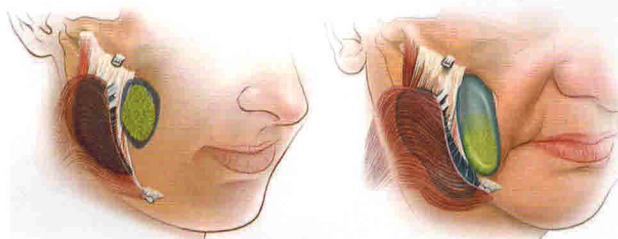
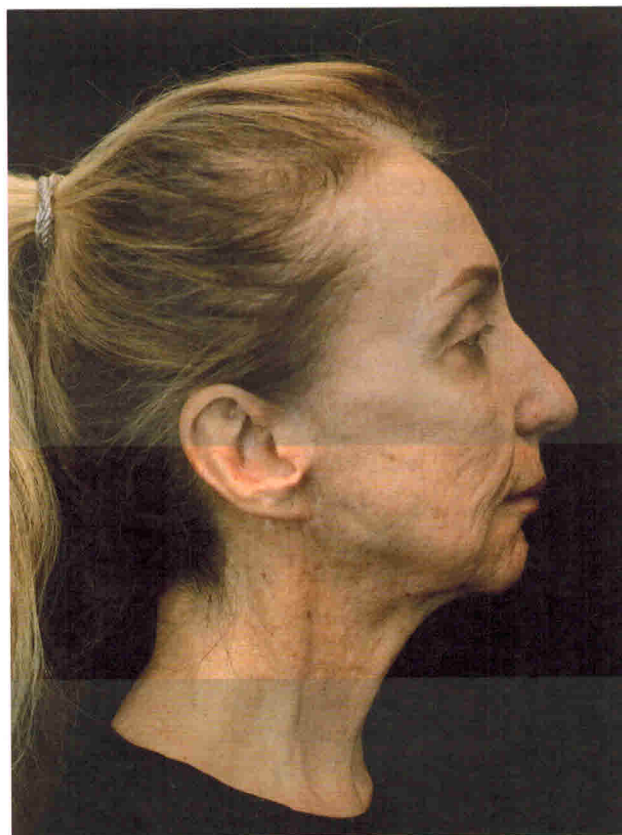


Рис. 3.1.15. Механизм формирования «брыли»

Возрастные изменения нижней трети лица и шеи проявляются в виде: опущения тканей щек и появления брылей, увеличения глубины носогубных борозд, опущения углов рта, сглаживания шейно-подбородочного угла, провисания медиальных краев подкожной мышцы шеи (рис. 3.1.16).



А

Рис. 3.1.16. Возрастные гравитационные атрофические изменения нижней трети лица и шеи у пациентки пятидесяти двух лет: А — профиль