

# COSMO *beauty*

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

2024

СИНЕРГИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНЫХ  
СВЕТОВЫХ И ИНЪЕКЦИОННЫХ МЕТОДИК  
в работе со сложными  
пациентами

**V МЕЖДУНАРОДНЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОНГРЕСС  
ПО НИТЕВОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ  
И СОЧЕТАННЫМ МЕТОДАМ  
КОРРЕКЦИИ**



**Организатор:**  
Северо-Западный  
Медицинский учебный  
центр последипломного  
образования (СЗМУЦПО) при  
поддержке Ассоциации нитевых  
имплантологов (АНИ)

[WWW.OSMNT.RU](http://WWW.OSMNT.RU)



**УЧИМ РАБОТАТЬ МАКСИМАЛЬНО ЭФФЕКТИВНО И БЕЗОПАСНО!**

**4 НОЯБРЯ 2024**

**ОНЛАЙН-СЕССИЯ**

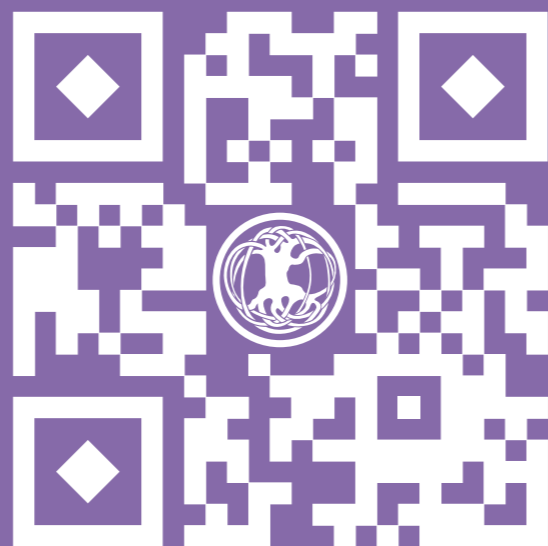
«Гармонизация лица: роль нитевых методов в комплексном подходе»

**14-15 МАРТА 2025**

**ОФЛАЙН-СЕССИЯ (ОЧНЫЙ ФОРМАТ)**

Санкт-Петербург  
Отель CORT INN ST-PETERSBURG  
HOTEL & CONFERENCE CENTER  
Наб. канала Грибоедова, 166, стр. 2

**СКАНИРУЙТЕ QR-КОД  
И РЕГИСТРИРУЙТЕСЬ НА ОНЛАЙН-  
И ОФЛАЙН-СЕССИИ КОНГРЕССА:**



**Оргкомитет:**  
Продажа билетов: +7 (950) 220-07-07  
Участие в выставке: +7 (953) 162-82-19  
[congress@osmnt.ru](mailto:congress@osmnt.ru)

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

**COSMO** beauty

2024

Собственник и издатель: ИП «I-GROUP»

Свидетельство о постановке на учет  
периодического печатного издания  
и информационного агентства №17714-Ж  
от 16.05.19 г. Выдано Министерством  
по инвестициям и развитию  
Республики Казахстан. Комитет связи,  
информатизации и информации.

При перепечатке и использовании  
публикаций ссылка на журнал  
«COSMOBeauty» обязательна. Рукописи  
не рецензируются и не возвращаются.  
Мнение редакции не всегда совпадает  
с мнениями авторов статей. Редакция  
не несет ответственность за содержание  
рекламных материалов.

Журнал «COSMOBeauty» можно  
приобрести в редакции и по подписке.

Подписной индекс – 76109

Оформить подписку можно в любом  
отделении АО «Казпочта» вашего города.

**РЕДАКЦИЯ:**

Главный редактор – А. Садыкова  
Дизайн и верстка – Г. Джаббарова  
Корректура – С. Ахметова

**АДРЕС:**

РК, г. Алматы, ул. Манаса, 51,  
Тел.: 8 (727) 245 37 16, +7 701 760 18 99,  
e-mail: [mar.one@mail.ru](mailto:mar.one@mail.ru),  
[cosmo\\_beauty@list.ru](mailto:cosmo_beauty@list.ru)  
ТИРАЖ – 3 000 экз.  
Выпускается ежеквартально.  
Территория распространения:  
Республика Казахстан,  
страны Центральной Азии и СНГ.

Рекламодатели предупреждены редакцией  
об ответственности за рекламу незарегистриро-  
ванных, не разрешенных к применению Мини-  
стерством здравоохранения и социального раз-  
вития РК лекарственных средств и различных  
предметов медицинского назначения.

Редакция не несет ответственности за содержа-  
ние рекламных материалов.

Редакция не несет ответственности за этику со-  
блюдения авторских прав в статьях.

Ответственность за достоверность информации  
несут авторы и рекламодатели.

При использовании материалов ссылка на  
источник обязательна.

Отпечатано в типографии  
«Print House Gerona».  
Адрес: г. Алматы, ул. Помяловского, 28а.  
Тел.: +7 (727) 250 47 40.

**СОДЕРЖАНИЕ**



**АППАРАТНЫЕ МЕТОДИКИ**

**Куприянова А. В.**

Синергия — низкоинтенсивных световых и инъекционных  
методик в работе со сложными пациентами ..... 2



**НИТЕВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ**

**Овчинникова Д. В.**

Динамика клинического эффекта у пациентов после нитевой  
имплантации. Приоритеты в выборе методов и материалов  
(рассасывающиеся и нерассасывающиеся нити) ..... 7

**Тарасов В. В.**

Комбинация нитевого армирования, лифтинга  
и волюметрических методов в эстетической коррекции лица.  
Условия, определяющие выбор оптимального сочетания ..... 15

**Ячменева Е. С.**

Нитевой лифтинг бровей: миф или реальность ..... 20

**Овчинникова Д. В.**

Особенности установки армирующих нитей в средней  
и нижней трети лица в комплексе с другими методиками ..... 25

**Курская А. Г.**

Нитевой булхорн ..... 31

**Кодяков А. А.**

Гнойно-септические осложнения нитевых методов:  
внимание к деталям ..... 36



**ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ**

**Белоусов А. Е.**

Симптом склерального просвета как важная  
характеристика состояния нижних век ..... 41



**МЕЗОТЕРАПИЯ**

**Михайлова Н.**

Мезотерапевтическая коррекция возрастных изменений в зоне  
«лицо – шея – декольте»

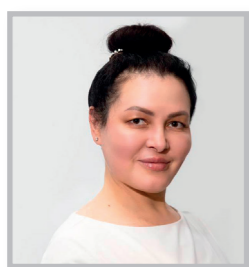


**ЗДОРОВЬЕ**

Истина в последней Инста: кому Instagram заменил  
сарафанное радио

# СИНЕРГИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНЫХ СВЕТОВЫХ И ИНЪЕКЦИОННЫХ МЕТОДИК

## в работе со сложными пациентами



**Куприянова Анна Валерьевна,**  
врач-дерматолог,  
косметолог, хирург,  
ведущий врач клиники  
Beauterra Smart Clinic  
(Москва)

### ВВЕДЕНИЕ

В статье представлены клинические случаи и приведены аргументы для использования фотодинамической терапии (ФДТ) и фотобиомодуляции (ФБМ) в работе со «сложными» пациентами с целью повышения эффективности процедуры и сокращения периода реабилитации.

### ПОДГОТОВКА КОЖИ К КОМПЛЕКСНЫМ МЕТОДИКАМ

В настоящее время мировое сообщество врачей эстетической медицины выделяет следующие основные аспекты подготовки кожи к комплексным методикам: устранение хронического воспаления, восстановление местного иммунитета кожи, санация тканей (удаление клеток с измененным метаболизмом), обеспечение антибактериального, противовирусного, фунгицидного эффекта, стимуляция собственных факторов роста, сохранение ресурса стволовых клеток, а также восстановление барьерной функции кожи.

Сейчас большинство специалистов эстетической медицины делают свой выбор в пользу сочетания различных методик. Это обусловлено следующими факторами: запрос от пациента на быстрый результат и длительный эффект от процедур, ограничение от пациента по времени, работа с пациентами, у которых монометодика мало- или неэффективна, необходимостью увеличения среднего чека для клиники

и сокращения периода реабилитации после травматичных процедур.

В настоящее время сочетание HELEO4™ и инъекционных методик уже стало классическим, потому что сочетание физических и биохимических факторов воздействия на ткани увеличивает эффективность терапии, значительно сокращает период реабилитации, дает пролонгированный эффект от процедуры, помогает составить индивидуальный протокол для каждого пациента с учетом его особенностей и повышает лояльность пациента к специалисту и клинике.

### ПРИНЦИП ДЕЙСТВИЯ HELEO4™

HELEO4™ – это методика ФДТ, адаптированная для использования в эстетической медицине и дерматологии. Она подразумевает использование уникального по своим свойствам фотосенсибилизатора HELEO4™ и мощного источника света, который обеспечивает аппарат HELEO PRO LED (РУ РЗН 2022 18560 от 14.10.2022 г.). Данная методика была разработана группой российских ученых и запатентована. Фотосенсибилизатор HELEO4™ содержит активное вещество Сферометаллохлорин™, основой которого является хлорин Е6, заключенный в уникальную липофильную формулу, она обеспечивает его высокий профиль эффективности и безопасности, также позволяет создать высокую концентрацию препарата в тканях за короткое время (патент RU 2 523 380 С1 от 21.05.2013 г.). Аппарат HELEO PRO LED имеет 6 спектров света и 3 специальные программы, что позволяет его использовать для реализации методики ФДТ, где происходит взаимодействие фотонов света и фотосенсибилизатора, и ФБМ, где используются только терапевтические свойства света.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФДТ И ФБМ

ФДТ позволяет получить следующие эффекты в коже: устранение клеток с измененным метаболизмом (клеточный детокс), повышение местного иммунитета в тканях, коррекцию микробиома, восстановление барьерных свойств кожи, ее структуры и функ-

ции. ФБМ позволяет устранять постпроцедурные явления – гематомы, отеки, гиперемии – в кратчайшие сроки, дает коллагеностимулирующий, иммуномодулирующий, лимфодренажный эффекты.

HELEO4™ сочетается с инъекционными препаратами на основе гиалуроновой кислоты, ПДРН, препаратами для мезотерапии, препаратами плазмы крови, филлерами, БТА, что обеспечивает возможность составления гибких протоколов у пациентов с различными потребностями.

### ПРАВИЛА СОЧЕТАНИЯ

При составлении сочетанных протоколов инъекционных с HELEO4™ требуется соблюдать определенные правила:

1. ФДТ HELEO4™ – любые инъекционные процедуры выполняются через 3-4 дня после последней процедуры ФДТ; процедура ФДТ выполняется не ранее, чем через 7 дней после биоревитализации или мезотерапии, введения дермальных филлеров; процедура ФДТ выполняется не ранее, чем через 21 день после инъекций гидроксиапатита Са и препаратов полимолочной кислоты;
2. ФБМ HELEO4™ желтым (590 нм) и зеленым (530 нм) спектрами света возможна сразу после инъекционной процедуры с целью уменьшения выраженности постпроцедурных явлений – отеков, гематом, гиперемии в области вмешательства.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №1

**Пациент** – женщина, 56 лет.

Косметолога никогда не посещала, делала только маски в домашних условиях, очень боится инъекций и любых травматичных процедур.

Готовится к торжественному событию, необходимо получить результат за 1 месяц.

**На основании сбора анамнеза, осмотра, данных инструментальных методов диагностики (Antera) поставлен диагноз:** СТАРЧЕСКАЯ АТРОФИЯ КОЖИ (L57.4) ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ, ВЫЗВАННЫЕ ХРОНИЧЕСКИМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ НЕИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ (L 57).



**Был использован следующий протокол:** HELEO4™ – N4 (ФДТ) B5R15 и N2 (ФБМ) Y10G5V5; после инъекций Y15.

**Цель:** восстановление регенераторного потенциала кожи, инициация коллагеногенеза, коррекция гиперкератоза и микробиома кожи, детоксикация тканей.

Препарат на основе ПДРН – N1.

**Цель:** стимуляция регенерации и восстановление трофики тканей, стимуляция неоколлагеногенеза, неоангиогенеза, коррекция тона кожи.

Ботулинотерапия верхней трети лица – через 7 дней после инъекции препарата на основе ПДРН.

**Цель:** коррекция микрорельефа кожи, снижение мимической активности.

#### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №2

**Пациент** – женщина, 40 лет.

Длительное время страдает atopическим дерматитом, есть экзема кистей рук, есть очаги шелушения,



которые сопровождаются зудом на лице и на руках.

Косметологических процедур опасается, так как часто после них возникает обострение, которое купируется только гормонами.

Запрос на улучшение качества кожи – устранение сухости, стянутости, атонии, очень хочет получить эффект лифтинга.

**На основании сбора анамнеза, осмотра, данных инструментальной методики (Antera) поставлен диагноз:** АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ (L20), ЭКЗЕМА КИСТЕЙ РУК (L30.9)

**Протокол лечения:** HELEO4™ – N8 (ФДТ) R20 + N8 (ФБМ) HR10Y5G5; после инъекций Y5G10.

**Цель:** восстановление регенераторного потенциала кожи, инициация коллагеногенеза, минимизация воспаления в дерме, детоксикация тканей, восстановление барьерных свойств кожи.

Препарат на основе ПДРН – N3.

**Цель:** стимуляция регенерации и восстановление трофики тканей, стимуляция неоколлагеногенеза, неоангиогенеза, коррекция тона кожи, устранение сухости и стянутости, ускорение регенерации.

#### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №3

**Пациент** – женщина, 45 лет.

Регулярно проходит курсы биоревитализации у косметолога, не видит от инъекционных процедур длительного эффекта.

Жалобы на сухость, атонию кожных покровов, признаки деформации овала лица.

Запрос на длительный и выраженный эффект лифтинга и увлажнения кожи.

**На основании сбора анамнеза, осмотра, данных инструментальной методики (Antera) поставлен диагноз:** СТАРЧЕСКАЯ АТРОФИЯ КОЖИ (L57.4), АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ (L20),

**Протокол лечения:** HELEO4™ – N8 (ФДТ) B5R15 + N8 (ФБМ) HR5Y5G10; после инъекций Y10G5.

**Цель:** восстановление регенераторного потенциала кожи, улучшение коллагеногенеза, улучшение трофики тканей, детоксикация тканей, восстановление барьерных свойств кожи.

Препарат на основе ПДРН – N3.

**Цель:** стимуляция регенерации и восстановление трофики тканей, стимуляция неоколлагеногенеза, неоангиогенеза, коррекция тона кожи, устранение сухости и стянутости, ускорение регенерации.

#### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №4

**Пациент** – женщина, 35 лет.

Косметолога посещает периодически, проводит ботулинотерапию верхней трети лица, изредка биоревитализацию.

Запрос на улучшение качества кожи, уменьшение выраженности морщин и носогубных складок, а также коррекция тона кожи.

**На основании сбора анамнеза, осмотра, данных инструментальной методики (Antera) поставлен диагноз:** СТАРЧЕСКАЯ АТРОФИЯ КОЖИ (L57.4) ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ, ВЫЗВАННЫЕ ХРОНИЧЕСКИМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ НЕИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ (L 57).



**Протокол лечения:** HELEO4™ – N6 (ФДТ) B5R15 и N6 (ФБМ) Y10G5O5; после инъекций Y15.

**Цель:** инициация коллагеногенеза, коррекция гиперкератоза и микробиома кожи, детоксикация тканей.

Препарат на основе ПДРН – N2.

**Цель:** стимуляция регенерации и восстановление трофики тканей, стимуляция неоколлагеногенеза, неоангиогенеза, коррекция тона кожи.

#### ВЫВОДЫ

Таким образом, ФДТ HELEO4™ может быть предложена как базовая процедура в сочетанном протоколе с инъекциями с целью увеличения регенераторного потенциала, коррекции микробиома, восстановления барьерной функции кожи. ФБМ HELEO4™ позволяет устранить такие постпроцедурные явления, как пастозность, гематомы, гиперемии в кратчайшие сроки, поэтому может быть рекомендована к использованию после любых травматичных процедур.





## HELEO4™

это современный подход и процедура #1 перед любой программой омоложения и восстановления не только для женщин, но также и для мужчин.

С гордостью рады представить Вам – улучшенную версию аппарата HELEO PRO LED с 6 спектрами света и 3 встроенными программами с возможностью создания вариативных протоколов освечивания согласно индивидуальным параметрам.

Новая модификация и возможности аппарата многократно увеличивают количество показаний для применения HELEO4™ у пациентов разного возраста, пола, с любым типом кожи и потребностями, независимо от времени года, для максимальной эффективности и получения высоких клинических результатов. Предоставляет широкие возможности для создания вариативных протоколов освечивания согласно индивидуальным параметрам и интеграции LED-терапии в различные косметологические процедуры с целью усиления результата или ускорения процесса реабилитации.

HELEO PRO LED – это:

- сверхсовременные мощные светодиоды нового поколения
- по 150 шт. на каждый спектр света
- сокращение времени освечивания синим и красным спектрами света в рамках протокола ФДТ с 30 до 20 минут
- минимальный диапазон смещения от основного пика – не более ±5 нм
- широкие прямоугольные линзы
- удобная панель управления с интуитивно понятным интерфейсом

[www.heleo4.kz](http://www.heleo4.kz)

6 спектров света и  
3 встроенные программы:  
ФДТ HELEO4™:

■ В – синий 420 нм

■ R – красный 630 нм

LED-терапия HELEO4™:

● В – синий 420 нм

● G – зеленый 530 нм

● Y – желтый 590 нм

● R – красный 630 нм

● RR – глубокий красный 660 нм

● IR – ближний инфракрасный 740 нм

+3 специальные программы:

● V ● B ● R ● RR

● O ● Y ● R ● RR

● HR ● R ● RR ● IR

## ВСТРЕЧАЙТЕ НОВИНКИ ОТ HELEO4™ - СОЛНЦЕЗАЩИТНЫЕ КРЕМЫ SUN CARE!

Они разработаны с учетом различных фототипов и потребностей кожи с целью ее защиты от UVA- и UVB-излучения и предупреждения появления пигментации и фотостарения.

**Выберите свой фактор SPF**

SUN CARE FACIAL CREAM SPF30; SUN CARE FACIAL CREAM SPF50

Оба крема не только защищают кожу и предотвращают появление пигментации, но и помогают ей сохранить естественное увлажнение, позволяя лучше удерживать и сохранять влагу. Ускоряют регенерацию, снимают раздражение, способствуя быстрому восстановлению кожи. Быстрое впитывание и отсутствие ощущения пленки делают их идеальным выбором для ежедневного использования.

**Применение:** наносить на кожу за 15-20 минут до выхода на солнце, исключая зону вокруг глаз. Распределить и дождаться полного впитывания. Повторять нанесение защитного средства необходимо каждые 2 часа или после продолжительного пребывания в воде.

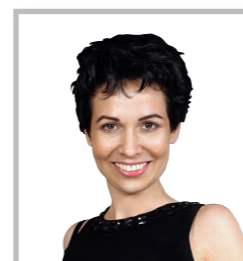
Выберите идеальную защиту от солнечных лучей с HELEO4™ SUN CARE!



<https://heleo4.kz/>

# ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ НИТЕВОЙ ИМПЛАНТАЦИИ.

## Приоритеты в выборе методов и материалов (рассасывающиеся и нерассасывающиеся нити)



**Овчинникова**

**Диана**

**Валентиновна,**

*врач-дерматолог,*

*косметолог,*

*врач высшей*

*квалификационной*

*категории, ведущий*

*специалист сети*

*клиник «Клиника*

*доктора Груздева»,*

*Санкт-Петербурга*

В настоящее время нитевая имплантология – одно из самых востребованных направлений эстетической медицины. За счет выраженного клинического эффекта, безопасности, которая напрямую зависит в том числе от качества материала и уровня подготовки специалиста, обеспечивается высокая удовлетворенность пациентов степенью выраженности визуального результата и его продолжительностью во времени. Таким образом, создается некая позитивная оценка пациентом эффективности работы врача эстетической медицины, что делает ее более успешной, прогрессивной и, соответственно, комфортной.

Тенденция последних лет – запрос на естественность полученных результатов эстетической коррекции. Наши пациенты хотят выглядеть не только молодо и ухоженно, но и свести к минимуму следы вмешательства. Исходя из личного практического опыта могу с уверенностью констатировать, что если еще 5–10 лет назад пациентов больше всего беспокоили такие временные нежелательные явления, как отечность и «синяки» после процедур, то сейчас на первое место выходят такого рода опасения, как «перетянута» углов рта, гиперкоррекция отдельных зон лица, искусственность образа. То есть пациенты не столько опасаются временных нежелательных явлений в период реабилитации, которые вследствие широкого освещения в современных источниках информации стали для многих очевидны, сколько боятся безвозвратной утраты своей индивидуальности, потери элементов самовыражения (черты лица, формы, объемы, пропорции, особенность мимики) на продолжительное

после процедур время. Также пациентов интересует предполагаемая длительность и сила эффекта после установки нитевых имплантатов. При этом у каждого человека существуют свои представления об идеальном сочетании выраженности эффекта, его продолжительности и гармонии визуального образа, полученного после эстетической коррекции (как в ближайшие 1–3 месяца, связанных с реабилитацией, так и на посткоррекционном этапе).

## ВИДЫ НИТЕВЫХ ИМПЛАНТАТОВ И ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТА

Некоторые пациенты ориентированы на установку рассасывающихся нитевых имплантатов. Исходя из этого, очень важно, имея в своем арсенале различные виды нитей, грамотно адаптировать их возможности под потребности пациента. Подобрать оптимальную программу в каждом конкретном случае позволяет разнообразие и самих нитевых имплантатов, и методик их установки (имплантации в ткани).

В рамках данной статьи мы рассмотрим лишь некоторые факторы, которые каждый в отдельности и/или в сочетании с другими влияют на результат нитевой имплантации и, соответственно, степень удовлетворенности пациента и врача.

Рассмотрим наиболее практически важные в рамках данной статьи классификации нитевых имплантатов.

## КЛАССИФИКАЦИИ НИТЕВЫХ ИМПЛАНТАТОВ

**По степени биодеградации в коже выделяют следующие группы нитей:**

- рассасывающиеся;
- нерассасывающиеся;
- комбинированные.

**По способности к растяжению:**

- тянущиеся;
- нетянущиеся нити.

**По способу крепления:**

- автономные;
- строго фиксированные.

По достигаемому эффекту нитевые имплантаты классифицируются на три основных вида: лифтинговые, армирующие, биостимулирующие.

**Биостимулирующие нити** призваны укрепить и уплотнить кожу за счет усиления регенерационных процессов в ней, способствуют улучшению увлажненности кожи, активизации выработки коллагена и эластина. Помимо биостимуляции могут оказывать армирующий эффект, а в ряде случаев – заметный лифтинговый эффект за счет улучшения свойств кожи.

**Армирующие нити** – длинные нити с фиксирующими элементами, идущие из реперных (малоподвижных) зон. Не создают значительного перемещения тканей после установки. Предназначены для формирования каркаса, препятствуют птозированию, способствуют созданию эстетического эффекта: выравниванию рельефа кожи и улучшению контуров. С течением времени может наблюдаться лифтинговый эффект за счет формирования соединительной ткани в зоне установки нитей. Лифтинговые нити обеспечивают перемещение и фиксацию мягких тканей в нужном положении.

Все используемые в нитевой имплантологии нити подразделяются на рассасывающиеся и нерассасывающиеся.

## ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕЗУЛЬТАТ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КОРРЕКЦИИ

Существует множество факторов, влияющих на результаты коррекции и продолжительность эффекта. Рассмотрим наиболее важные из них. Качественный состав нитей определяет в том числе время нахождения материала в тканях, прочность на разрыв при натяжении, их биостимулирующие свойства и т.д.

Биостимулирующий эффект присущ всем видам нитей в той или иной степени и обусловлен двумя факторами воздействия: механическим и химическим. Механический фактор связан с воздействием на ткани во время самой установки нитей, когда за счет механической травмы усиливаются процессы регенерации и микроциркуляции, что приводит к укреплению тканей в зоне имплантации. Состав рассасывающихся нитей влияет на интенсивность биостимулирующего воздействия на ткани, на усиление регенеративных процессов в коже, синтез коллагена и эластина, чем во многом определяется степень выраженности клинического эффекта. На насто-

ящий момент наибольшим биостимулирующим действием обладают нитевые имплантаты из полимолочной кислоты, наименьшим – из металлов.

**По степени выраженности биостимулирующего эффекта от максимального к минимальному представлены следующие материалы:**

*в мезонитях:*

- поли-L-лактид (PLLA) – полимолочная кислота;
- полидиоксанон (ПДО);
- металл и т.д.

*в армирующих нитях:*

- полимолочная кислота;
- поликапролактон;
- полидиоксанон;
- металл и т.д.

Биостимулирующий эффект после установки рассасывающихся нитей (это могут быть биостимулирующие, лифтинговые, армирующие нити) начинает проявляться постепенно. Первые позитивные результаты пациенты могут отмечать уже через 2–4 недели за счет механической стабилизации кожи, а в случае установки армирующих нитей – в том числе за счет удержания мягких тканей, при установке лифтинговых нитей – в том числе за счет перемещения и удержания мягких тканей в необходимой позиции. Затем эффект значительно усиливается с момента начала рассасывания нитей – через 4–6 месяцев. В этот период пациент отмечает значительное улучшение тонуса кожи.

В зоне имплантации кожа становится более гладкой, улучшается ее цвет, микрорельеф,

разглаживаются поверхностные морщины, глубокие морщины и складки становятся менее выраженными. Пациент может отмечать дополнительный умеренный лифтинг за счет улучшения качества тканей. После рассасывания биостимулирующих нитей и формирования коллагена ретракция коллагеновых волокон длится около 6–8 месяцев. Каркасный эффект после резорбции нитей сохраняется от 1,5 лет до 3–5 лет. При установке рассасывающихся нитей по лифтинговым линиям достигается выраженное укрепление тканей, что значительно замедляет гравитационный птоз.

**Длительность эффекта** зависит от анатомо-физиологических особенностей, возраста пациента, количества установленных нитей, подготовки специалиста к проведению процедуры, вида используемых нитей, их правильного подбора исходя из индивидуальных особенностей ткани и т.д.

Чем более выражено биостимулирующее воздействие нитей на ткани, тем прочнее создаваемый ими каркас и, соответственно, сильнее ожидаемые эффекты: исправление визуальных дефектов, рельефа, микрорельефа, уменьшение складок и борозд, улучшение контуров. На рис. 1 показан результат через 4 месяца после имплантации гладких биостимулирующих нитей на основе ПДО.

**Пациентка, 35 лет**, обратилась с жалобами на снижение тонуса кожи лица, пастозность и опущение мягких тканей (рис. 1А). В области средней и нижней трети лица были имплантированы биостимулирующие нити по указанной схеме (рис. 1Б). Через 4 месяца

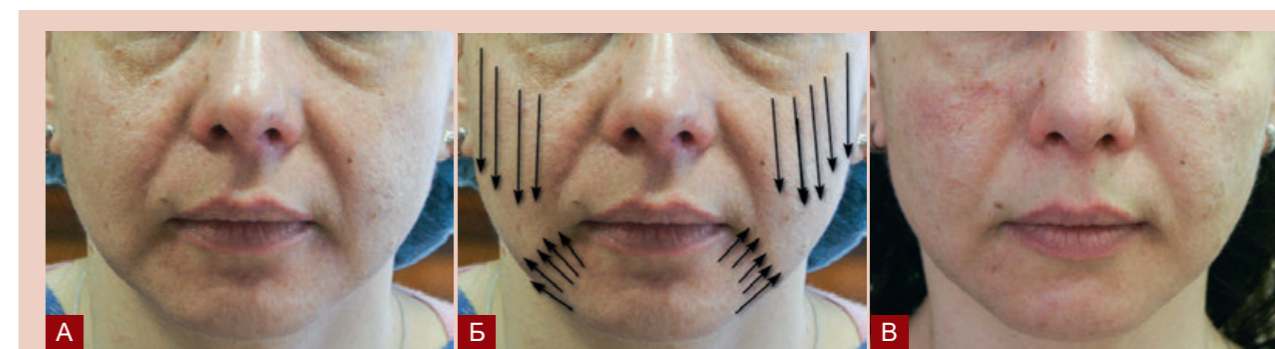


Рис 1. Пациентка, 35 лет, до установки биостимулирующих нитей (А); схема установки биостимулирующих нитей (Б); результат через 4 месяца после имплантации 40 штук гладких биостимулирующих нитей на основе ПДО в области нижней и средней трети лица (В). Значительно улучшился тонус кожи, уменьшилась глубина морщин и складок, контуры лица стали четче

отмечается значительное улучшение качества тканей: улучшение овала лица, улучшение рельефа и микрорельефа кожи, уменьшение глубины морщин и складок, улучшение цвета лица (рис. 1В).

В период дальнейшего нахождения биостимулирующих нитей в тканях сформировался прочный каркас, способный оберегать ткани от перерастяжения. Эффект после имплантации отмечался у пациентки в течение двух лет.

### ДИНАМИКА ЭСТЕТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА

Динамика эстетического эффекта – это один из важнейших показателей работы любой методики в практике врача.

Конечно, при оценке клинических случаев важно учитывать, что технологии и методики не стоят на месте. Они оттачиваются, совершенствуются, появляются инновационные конструктивные решения в самих нитевых имплантатах, применяются более современные материалы. Благодаря этому у специалистов эстетической медицины появляются новые возможности совершенствовать свой опыт. Однако для того, чтобы повышать свою квалификацию в том или ином направлении, удобно отталкиваться от уже накопившегося опыта, притом что у каждого специалиста, клиники или страны он свой.

Данные практического опыта нашей клиники, в которой нитевая имплантация проводится в количестве примерно 1500–2000 процедур в год, позволяют показать следующую динамику развития и продолжительности клинического эффекта при использовании армирующих и лифтинговых нитей. Мы проанализировали динамику эстетического эффекта в течение первых восьми месяцев после имплантации армирующих нитей (на основе полимолочной кислоты, полидиоксанона, поликапролактона) в щечно-скуловых областях у 100 человек в возрастной группе от 37 до 50 лет (рис. 2).

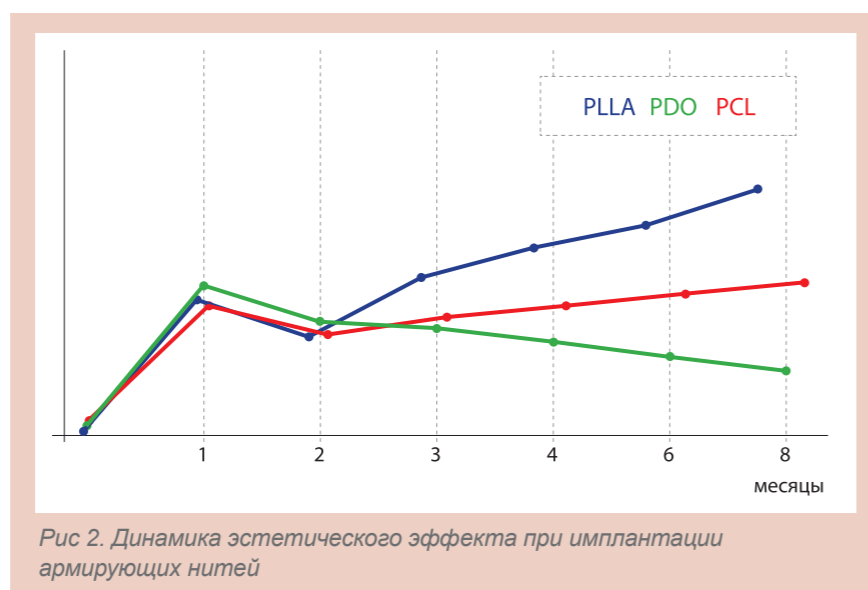


Рис. 2. Динамика эстетического эффекта при имплантации армирующих нитей

Зачастую в первые минуты после процедуры нитевого армирования пациент себе нравится. Он отмечает механическую стабилизацию тканей в визуально выгодном ракурсе. Пациенту может нравиться формообразующий эффект: подъем углов рта, более четкие очертания овала или скул и т.д. Однако именно с этого момента начинается этап реабилитации (восстановительный период), в процессе которого может то уменьшаться, то увеличиваться отечность за счет незначительного перемещения нитей в тканях, пациента могут беспокоить наличие гематом, умеренные болевые ощущения, к примеру покалывание и т.д. Начиная примерно со второй недели и к концу первого месяца нежелательные явления постепенно проходят, и параллельно с этим пациенты отмечают улучшение своей внешности, уменьшение проявлений гравитационного птоза, подъем углов рта, улучшение контуров. В течение второго месяца пациенты практически перестают отмечать ощущение некой подвижности имплантатов в тканях, в связи с этим болевые ощущения могут отсутствовать вовсе либо наблюдаться эпизодически. При этом отмечается незначительное снижение эстетического эффекта. В течение третьего месяца и далее пациенты отмечают хороший результат. Позитивная динамика эстетического эффекта через 2–3 месяца после имплантации (улучшение рельефа, микрорельефа, контуров, цвета, тона кожи, мягкий лифтинговый эффект) в данной группе наиболее выражена у пациентов, которым были им-

плантированы нити на основе полимолочной кислоты. Эффект от использования армирующих нитей сохраняется в среднем от 2 до 5 лет.

Лифтинговые нити предусматривают жесткую фиксацию в двух точках, перемещение мягких тканей и их последующее сокращение. Нитевой лифтинг дает выраженный эффект омоложения. Чем сильнее лифтинг, тем более выражен эффект. Однако в процессе перемещения мягких тканей формируются складки, которые в среднем сохраняются от 3 недель до 3 месяцев. Поэтому, используя возможности нитевой имплантации, специалист эстетической медицины должен быть предельно внимательным к пожеланиям пациента и грамотно подбирать программу коррекции. К примеру, выяснить, возможен ли в данный период времени лифтинг тканей, который может быть сопряжен с большим дискомфортом реабилитации. И если процедура, по мнению пациента, возможна, определить степень допустимого, в том числе визуально-комфортного лифтинга мягких тканей.

В нашей клинике проведен анализ динамики эстетического эффекта лифтинга в течение первых пяти месяцев после имплантации лифтинговых нитей (рассасывающихся, нерассасывающихся, тянущихся, нетянущихся), установленных в области овала лица и поднижнечелюстной области у 100 человек в возрастной группе от 38 до 50 лет.

Зачастую в первые минуты после процедуры нитевого лифтинга пациент может испытывать двоякие ощущения.

С одной стороны, ему может нравиться выраженный эффект омоложения, подтянутости тканей, четкость линии овала лица. С другой стороны – настораживать состояние гиперкоррекции тканей, в том числе излишнее натяжение углов рта, наличие складок. Однако опасения пациента сводятся к минимуму, если степень допустимого лифтинга оговорена с ним заранее. С момента установки нитей начинается восстановительный этап, который может продолжаться в среднем от 1 до 3 месяцев в зависимости от анатомо-физиологических особенностей тканей, возраста, степени натяжения тканей, выбранной методики и соблюдения правил ее технического исполнения и т.д.

В первую неделю пациент испытывает максимальный дискомфорт, его могут беспокоить болезненные ощущения в точках фиксации нитей, отечность, гематомы, болезненность при незначительном перемещении нитевых имплантатов в мягких тканях, которые могут быть, к примеру, при мимической активности. К концу первого месяца проявления нежелательных явлений постепенно уменьшаются, визуальный эффект лифтинга становится максимально выраженным. Пациент отмечает четкость контуров, значительное уменьшение проявлений гравитационного птоза, яркий эффект омоложения.

В течение второго и третьего месяцев визуальный эффект лифтинга уменьшается. Это связано с нагрузкой тканей на нити. Наиболее выраженный эстетический эффект лифтинга отмечался у пациентов, которым были установлены нерассасывающиеся тянущиеся нити.

В период в среднем с 3-го по 5-й месяц достигается максимально возможный стойкий эстетический эффект нитевого лифтинга.

У рассасывающихся нитей максимальный результат сохраняется до момента биодеградации, затем эффект обусловлен тяжами соединительной ткани, которые возникли вследствие стимулирующего воздействия материала нитей на ткани, он продолжается в среднем от 2 до 5 лет. У нерассасывающихся нитей эффект сохраняется до 7 лет.

### К факторам, влияющим на результат нитевой коррекции, также относятся следующие анатомо-физиологические параметры:

- возраст пациента (регенеративные способности тканей);
- степень выраженности структурных изменений мягких тканей;
- вязко-эластичные свойства и толщина кожи в зоне коррекции;
- наличие или отсутствие травм в анамнезе в зоне коррекции;
- наличие и отсутствие неврологической симптоматики;
- наличие или отсутствие рубцов в зоне коррекции; особенности структурных свойств подкожно-жирового слоя, в том числе его толщина и особенности распределения.

В нашу клинику обращаются пациенты от 18 до 80 лет и старше. При этом во всех возрастных группах может быть показана нитевая имплантация. Средний минимальный возраст пациентов, которым впервые имплантируются нити, 25–30 лет. Таким пациентам чаще устанавливаются рассасывающиеся нити, преимущественно армирующие, которые оказывают лечебное и профилактическое действие, что на длительное время позволяет сохранить естественную красоту и молодость. Нити укрепляют и удерживают мягкие ткани, оказывают биостимулирующее действие, в результате чего улучшается качество кожи, наблюдается четкость контуров лица, устраняются первые признаки гравитационного птоза.

В случае локальных проявлений возрастных изменений, которые беспокоят пациента, например, ухудшение тонуса кожи, морщины и складки в щечных областях или выраженные губоподбородочные складки, может быть целесообразна установка биостимулирующих нитей в данных конкретных зонах.

В старших возрастных группах структурные изменения мягких тканей и костей могут быть выражены в значительной степени. При этом если принято решение, что проведение хирургической коррекции возрастных изменений для пациента по тем или иным причинам (к примеру, нежелание пациента прибегать к хирургическому вмешательству) нецелесообразно, альтернативой может стать имплантация нитей. Улучшив контуры и рельеф лица, обеспечив оптимальный лифтинг тканей, нитевая имплантация в значительной степени может улучшить качество жизни пациента.



Рис 3. Результат после имплантации нерассасывающихся тянущихся нитей. Пациентка, 56 лет, до имплантации (А) и через 3 недели после имплантации (Б)

На рис. 3 показан результат через 3 недели после имплантации нерассасывающихся тянущихся нитей.

**Пациентка, 56 лет**, обратилась с жалобами на выраженные проявления гравитационного птоза мягких тканей, снижение тонуса кожи лица, выраженные морщины и складки (рис. 3А). В области овала лица, поднижнечелюстной зоне были имплантированы нерассасывающиеся тянущиеся нити методикой «Петля Груздева». Через 3 недели после нитевой имплантации отмечается значительное улучшение овала лица, ткани выглядят более подтянутыми, гладкими (рис. 3Б). Контуры стали более четкими, уменьшилась глубина губоподбородочных, носогубных складок. Лицо стало более молоджавое.

**К факторам, влияющим на результат нитевой коррекции**, также относятся количество установленных в ткани нитей и возможные сочетания методик эстетической коррекции друг с другом. Сочетание может быть внутри методики, когда устанавливаются различные виды нитей. Действуя в синергизме, они усиливают эстетический эффект друг друга. При необходимости нитевые методы можно комбинировать с хирургическими методами коррекции. Нитевая имплантация эффективно сочетается с инъекционными или аппаратными методами: с биоревитализацией, мезотерапией, PRP-терапией, филлерами, RF-технологиями, лазерными методами, миостимуляцией, липолитическими программами и т.д.

Состав и количество процедур определяется индивидуально, выбор зависит в том числе от инволюционных изменений, вязко-эластичных свойств кожи, ее толщины, толщины и равномерности распределения подкожно-жирового слоя и т.д. Прежде чем ставить армирующие и/или лифтинговые нити, в ряде случаев существует необходимость усилить регенерационные потенции кожи, улучшить соотношение плотности



Рис 4. Результат применения сочетанных методик: нитевого армирования и фракционного радиочастотного омоложения на аппарате Fractora, биоревитализации. Пациентка, 42 лет, до начала процедур (А) и через 2 года после курса процедур (Б)

и эластичности, что в значительной мере усиливает способность кожи к сокращению и формированию каркаса, – соответственно, сила эстетического эффекта станет более выраженной, а результат – более продолжительным.

Чередование аппаратных и инъекционных методик дает хороший результат. В нашей клинике для работы с качеством кожи часто используются фракционное радиочастотное омоложение на аппарате Fractora, Morpheus 8.

После такого воздействия кожа пациента подтягивается и разглаживается, улучшается микроциркуляция, уменьшается интенсивность пигментации. Результат заметен уже после однократной процедуры. Хороший эффект дает и лазерная обработка кожи. Аппаратные методики могут сочетаться с внутридермальным введением гиалуроновой кислоты, витаминов, микроэлементов.

На рис. 4 показан клинический результат через два года после применения сочетанных методик: нитевого армирования и фракционного радиочастотного омоложения на аппарате Fractora, биоревитализации. Пациентка, 42 лет, обратилась с жалобами на выраженные инволюционные изменения в периорбитальной зоне, глубокие морщины и складки, борозды и темные круги под глазами, проявления гравитационного птоза, снижение тонуса кожи (рис. 4А).

Курс процедур был построен следующим образом: выполнена 1 процедура биоревитализации гиалуроновой кислотой, через месяц проведена процедура на аппарате Fractora, еще через месяц установлены армирующие нити, еще через месяц проведена процедура на аппарате Fractora, еще через шесть месяцев проведены процедуры на аппарате

Fractora. Пациентка через два года после курса процедур (рис. 4Б). Мы видим, что кожа в периорбитальной зоне стала более гладкой и плотной, улучшился ее цвет, сгладились морщины, складки, борозды. В период нахождения армирующих нитей в тканях сформировался прочный каркас, способный оберегать ткани от перерастяжения. Оптимальное сочетание процедур дало возможность значительно улучшить внешность пациентки, обеспечив длительный естественный результат.

Сочетание нитевых методик с филлерами и ботулинотерапией дает возможность дополнительно скорректировать инволюционные изменения.

Например, носослезные, носогубные, губоподбородочные складки эффективно корректируются филлерами, осуществляется восполнение утраченных объемов в скуловых, височных областях, области подбородка, щек, восполняется объем губ и т.д.

Мимические морщины разглаживаются препаратами ботулотоксина. Также с помощью инъекций ботулотоксина

Гармонизируются пропорции, черты лица, окончательно формируется образ пациента.

На рис. 5 показан клинический результат после имплантации тянущихся лифтинговых нитей в сочетании с аугментацией филлерами гиалуроновой кислоты (2 мл).

**Пациентка, 54 лет**, обратилась с жалобами на инволюционные изменения лица, глубокие морщины и складки, ощущение сухости кожи, опущение мягких тканей лица (рис. 5А, Б).

Пациентке был выполнен нитевой лифтинг в области овала лица и субментальной области с одновременной аугментацией 2 мл филлера гиалуроновой кислоты носогубных



Рис 5. Результат после имплантации тянущихся лифтинговых нитей в сочетании с аугментацией филлерами на основе гиалуроновой кислоты. Пациентка, 54 лет, до начала процедур (А и Б), сразу (В и Г) и спустя 3 недели (Д и Е) после нитевой имплантации и контурной пластики

складок на 3 см выше точки выхода нитей, аугментация области скул, верхней и нижней губы (рис. 5В, Г). Сразу после процедуры отмечается выраженный эффект лифтинга овала лица и поднижнечелюстной зоны, контур губ стал более четким. Через 3 недели после процедур отмечается выраженный лифтинг тканей, разглаживание морщин и складок, улучшение тонуса кожи, которая стала более гладкой (рис. 5Д, Е). Пациентка производит впечатление более выразительной, подтянутой, молодой женщины. Сформирован гармоничный, ухоженный образ.

### И В ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение хочется обратить внимание коллег на один из самых важных факторов, влияющих на результаты коррекции и дина-

мику клинического эффекта после нитевой имплантации, – это соблюдение или несоблюдение пациентом рекомендаций врача в период реабилитации после нитевой имплантации. Неисполнение пациентом рекомендаций может свести к минимуму все возможности, которые предоставляют технические и технологические усовершенствования нитей и процедур, свести к минимуму или привести к отрицательному результату усилия, предпринятые врачом, клиникой для получения максимально выраженного продолжительного эстетического эффекта и минимизации возникновения нежелательных явлений, осложнений после процедур. Только работа в тандеме «врач-пациент» обеспечит максимальный результат нитевого лифтинга и максимально продолжительный эстетический эффект.

### ЛИТЕРАТУРА

- [1] Груздев Д.А. Нитевая имплантология. – СПб., 2017.  
 [2] Груздев Д.А. Объединяющая сила нитевых технологий // Совершенство Profi. – 2015. – № 46. – С. 25–26.  
 [3] Овчинникова Д.В. Комплексный подход как возможная альтернатива для пациентов, которые не хотят хирургического вмешательства // Совершенство

- Profi [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://profimagazine.ru/14/44\\_kompleksnyy\\_podhod\\_kak\\_vozmozhnaya\\_alternativa\\_dlya\\_pacientov\\_kotorye\\_ne\\_hotyat\\_hirurgicheskoy\\_operatsii](http://profimagazine.ru/14/44_kompleksnyy_podhod_kak_vozmozhnaya_alternativa_dlya_pacientov_kotorye_ne_hotyat_hirurgicheskoy_operatsii) (дата обращения 30.06.2018).  
 [4] Груздев Д.А., Овчинникова Д.В., Кодяков А.А. Комплексное омоложение кожи лица с использованием нитевых методов // Метаморфозы. – 2016. – № 13. – С. 36–41.

\* Источник: журнал «Метаморфозы», №35 сентябрь 2021



## КОМБИНАЦИЯ НИТЕВОГО АРМИРОВАНИЯ, ЛИФТИНГА И ВОЛЮМЕТРИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИЦА

Условия, определяющие выбор оптимального сочетания



**Тарасов Виталий Вячеславович,**  
 к.м.н.,  
 дерматовенеролог,  
 косметолог, эксперт  
 АНИ, член РОДВК,  
 тренер по нитевым  
 и инъекционным  
 методикам, Клиника  
 доктора Груздева,  
 Санкт-Петербург

В последнее время косметологи и их пациенты все чаще выбирают сочетанные протоколы эстетической коррекции, которые особенно актуальны в антивозрастной терапии ввиду большей потребности в комплексном подходе для достижения результата. В полной мере эта тенденция присутствует в нитевой имплантологии в сочетании с другими инъекционными и аппаратными методами. Такой эволюции терапевтической косметологии в сторону расширения способов воздей-

ствия (комплексных подходов) способствует накопленный практический багаж и позитивный опыт врачей, а также рост числа процедур нитевой имплантации, волкуметрической и контурной пластики, расширенное применение их в массовом сегменте потребителей косметологических услуг.

В изучении влияния различных медицинских и сопутствующих факторов на составление конкретной многокомпонентной программы коррекции мы остановились именно на комбинации нитевых методик (имплантации нескольких видов нитей) с волкуметрическими методиками контурной пластики лица, так как считаем это сочетание наиболее эффективным, доступным и востребованным.

Сейчас в практике применяются как одномоментные комбинации нитевого лифтинга в двух, трех зонах лица с введением филлеров в места волкуметрического дефицита, так и последовательные схемы. Последние, особенно при большом временном разрыве между отдельными этапами, мы не относим к сочетанным протоколам anti-age-коррекции.

### КОМУ МОГУТ БЫТЬ РЕКОМЕНДОВАНЫ СОЧЕТАННЫЕ ПРОТОКОЛЫ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИЦА

Сочетание разных методик коррекции возрастных признаков может быть рекомендовано следующим группам пациентов:

- пациентам с выраженными дегенеративно-дистрофическими изменениями мягких тканей лица, при которых монопроцедуры дали бы слишком ограниченный результат;
- при отсутствии возможности у пациента для повторных визитов и желании получить максимальный результат от процедур быстро;
- пациентам с психологической неготовностью или отсутствием достаточных показаний к пластической операции;
- при наличии у пациентов противопоказаний к пластической операции.

### КАКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ИМЕЮТ СОЧЕТАННЫЕ ПРОТОКОЛЫ

- *Более выраженный эстетический результат в кратчайшие сроки.*
- *Один период реабилитации вместо нескольких.*
- *Минимизирована вероятность осложнений.*

Стоит пояснить, что, несмотря на одинаковый объем вмешательств, при одномоментной процедуре уменьшается число сопутствующих воздействий анестезии и психоэмоциональная перегрузка. Также снижается вероятность неблагоприятного воздействия соматических и парамедицинских негативных факторов на процесс реабилитации и результат.

- *De facto курс лечения выполняется в один день, что исключает влияние низкого комплаенса на достижение окончательного результата.*
- *Исключается возможность незавершения курса лечения в силу различных причин.*
- *Максимальный и быстрый результат эстетической и антивозрастной коррекции улучшает репутацию врача и клиники.*

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Эффективность заданной комбинации армирующих и лифтинговых методик тредлифтинга, дополненных волкуметрическими процедурами контурной пластики, очевидна. Она анатомически оправдана, так как компенсирует сразу несколько механизмов старения мягких тканей лица. Так, нитевое армирование уменьшает проявления повышенной растяжимости кожи, вызванной дегенерацией ткани, снижением содержания коллагена и гиперэластозом. Нитевой лифтинг обеспечивает перемещение дислоцированных из-за птоза мягких тканей в правильное анатомическое положение. Объемная контурная пластика компенсирует дефицит мягких тканей, а именно глубокого подкожного жира и поверхностных слоев ПЖК, усиливая эстетический и омолаживающий эффект всей комбинированной процедуры.

Ведущим фактором, определяющим выбор комбинации процедур в каждом конкретном случае и влияющим на ее эффективность, бесспорно, являются анатомо-физиологические особенности пациента и непосредственно области предстоящей коррекции.

### ОЦЕНКА АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СТАРЕНИЯ ЛИЦА

Для оценки анатомо-физиологических особенностей старения лица часто используют классификацию морфотипов старения по Кольгуненко И.И. [1], практическое применение которой может быть затруднено ввиду многообразия критериев, описывающих те или иные морфотипы. Для объективизации оценки анатомо-физиологических особенностей мягких тканей лица мы предлагаем использовать простой набор важных, по нашему мнению, критериев:

1) состояние подкожно-жировой клетчатки – выделяем 3 степени: **гипотрофия, нормотрофия, гипертрофия;**

2) птоз мягких тканей – традиционно делят на 3 степени выраженности: **I, II и III;**

3) тургор мягких тканей лица (пальпаторно оценивается упругость органокомплекса кожи, подкожного жира и иногда мышечно-апоневротического слоя) – также делим на 3 состояния: **нормальный, сниженный, повышенный.**

Дополнительно может быть выделено такое состояние, как пастозность. С целью упрощения выбора оптимальной комбинации нитевых и волкуметрических инъекционных методов у каждого конкретного пациента предлагаются рабочие рекомендации (табл.), в которых условно выделено 6 морфотипических возрастных изменений лица на основании только первых двух анатомо-физиологических критериев. Степени гравитационного птоза не использованы в представленных рекомендациях, так как влияют в большей степени на выбор нитевого продукта, а не на комбинации методик.

Тургор кожи нами сознательно опущен, так как он играет большую роль в выборе процедур, направленных на его улучшение,



**Таблица. Оптимальные комбинации нитей и волюмайзеров для разных морфотипических вариантов лица (рабочие рекомендации автора)**

Морфотипический вариант лица	Рекомендованная комбинация нитевых и волюмизирующих методик на лице
Гипертрофия ПЖК без птоза	– Армирующие и биостимулирующие нити всех отделов лица – Возможен нитевой лифтинг в нижней трети лица (коррекция шейно-подбородочного угла)
Гипертрофия ПЖК + птоз	– Объемное моделирование локально в зоне дефицита – Нитевое армирование верхней и средней трети – Нитевой лифтинг в средней и нижней трети лица
Нормотрофия без птоза	– Объемное моделирование в верхней, средней трети лица – Армирующие и биостимулирующие нити всех отделов лица
Нормотрофия + птоз	– Объемное моделирование в верхней, средней трети лица – Нитевое армирование в верхней и средней трети лица – Нитевой лифтинг нижней трети лица
Гипотрофия без птоза	– Контурная пластика векторно всех отделов лица – Объемное моделирование локально верхней и средней трети лица – Нитевое армирование в средней трети лица
Гипотрофия + птоз	– Контурная пластика векторно всех отделов лица – Объемное моделирование локально верхней и средней трети лица – Нитевое армирование в средней трети лица – Нитевой лифтинг в нижней трети лица

а именно различных видов термолифтинга кожи и питающих мезопроцедур.

На рис. приведены результаты одномоментной комбинации нитевого армирования в средней зоне лица (использованы армирующие I-образные нити по типу «молдинг» на основе PDO), нитевого лифтинга в ментальной и субментальной зонах (использованы C-образные нити на основе PDO) и волюмизирующей контурной пластики височных ямок и зоны проекции среднещечных борозд (использовано 3 мл филлера на основе гиалуроновой кислоты). Данная работа наглядно демонстрирует успешность сочетанной антивозрастной коррекции лица, когда

комбинация методов подбиралась с учетом указанных анатомо-физиологических критериев.

#### ДРУГИЕ ФАКТОРЫ ВЫБОРА КОМБИНАЦИИ МЕТОДОВ

Следует учитывать и другие факторы, от которых зависит выбор комбинации методов антивозрастной коррекции. Экономические условия. Врач и пациент сопоставляют финансовую нагрузку от разных комбинаций методов с ожидаемым эффектом от них. Неизбежно учитывается возможность оплатить весь пакет выбранной комбинации методов одномоментно или поэтапно. Финансовая



Рис. Результат сочетанной процедуры: нитевой лифтинг в трех зонах (щечно-темпоральной, ментальной и субментальной), объемное моделирование в средней и верхней трети лица филлером на основе гиалуроновой кислоты в объеме 3 мл. Фото до (А, Г), сразу после (Б, Д) и через один месяц после (В, Е) процедуры

нагрузка при некоторых сочетанных косметологических методиках может быть значительной и сопоставимой со стоимостью пластической операции, что ставит пациента перед сложным, порой драматическим выбором. Понятно, что такую альтернативу невозможно рассматривать без учета ожидаемой реабилитации, тяжесть которой в данном случае несопоставима.

Приверженность лечению, если она высока, увеличивает вероятность выполнения всего курса. С другой стороны, выбор оптимальной по эффекту стоимости, тяжести реабилитации комбинации методов повышает приверженность лечению. Напротив, неоптимальный для конкретного пациента набор услуг, например, из-за высокой цены или тяжести ожидаемой реабилитации может спровоцировать отказ от косметологической коррекции вовсе.

Условия выбора оптимальной схемы мы сочетанной косметологической коррекции при-

знаков старения лица, кратко рассмотренные в этой статье, лишь отчасти раскрывают разносторонний алгоритм работы врача на этапе подбора процедур. Нами сознательно опущены важные и обязательные при обследовании пациентов критерии, такие как общесоматический статус, анамнез болезни, противопоказания.

Очевидно, что аргументов за и против конкретных сочетанных протоколов, как и самих протоколов, может быть много. В условиях роста популярности и количества выполняемых косметологами сочетанных омолаживающих процедур представляется важным систематизировать различные факторы, влияющие на выбор протокола. Их изучение и систематизация могут способствовать повышению эффективности проводимых сочетанных процедур, что неизбежно будет вести к популяризации и развитию нитевой имплантологии.

\* Источник: журнал «Метаморфозы», № 38 май 2022



# НИТЕВОЙ ЛИФТИНГ БРОВЕЙ

миф или реальность



**Ячменева Елена  
Станиславовна,**  
дерматолог,  
косметолог, врач  
высшей категории,  
член Европейской  
ассоциации  
тредлифтинга,  
сертифицированный  
тренер по нитевым  
технологиям,  
контурной пластике,  
ботулинотерапии  
компании  
Beauty Expert,  
Екатеринбург

Гравитационный птоз бровей – довольно частое явление, которое встречается как у возрастных, так и у молодых пациентов.

Появление ранних признаков старения в молодом возрасте может быть обусловлено врожденной или приобретенной гиперэластичностью соединительной ткани. Кроме того, односторонний или двусторонний птоз бровей отмечается у пациентов с повреждением лобной ветви лицевого нерва [1]. Подобные изменения практически всегда сопровождаются снижением тургора мягких тканей лобной и височной областей в результате морфофункциональных изменений, характерных для возрастной атрофии. Клинически это проявляется в виде глубоких горизонтальных морщин и борозд на коже лба. Данные признаки старения формируются под действием *venter frontalis m. Occipitofrontalis* и закладываются в перпендикулярном направлении по отношению к сокращению мышцы, а в области надпереносья – под действием *m. procerus* и парной *m. corrugator supercilii* и бывают разной степени выраженности [2].

**Для изменений I степени характерны следующие признаки:**

- небольшое ослабление тургора мягких тканей лобной области (но сместить ткани вверх невозможно);

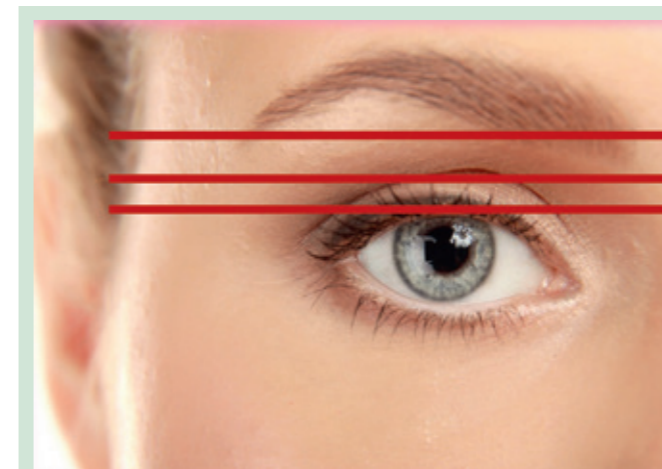


Рис. 1. Линии для определения наличия птоза бровей по доктору Э. Распальдо

- поперечные морщины;
- складки и борозды кожи мало выражены в покое и четко контурируются при подъеме бровей.

**При изменениях II степени отмечают:**

- умеренное расслабление кожи и *venter frontalis m. Occipitofrontalis* с возможным незначительным смещением их вверх;
- четкие поперечные морщины;
- складки и борозды на коже лба.

Диагностируют изменения III степени, если имеются глубокие складки и борозды на коже лба, значительное расслабление кожи с *venter frontalis m. occipitofrontalis* и свободное их смещение вверх.

## ДИАГНОСТИКА ПТОЗА БРОВЕЙ

Самый распространенный способ, позволяющий определить положение бровей, заключается в визуальной оценке данного анатомического образования по отношению

к верхнему краю орбиты. Нормальным положением бровей считается тогда, когда их нижний край расположен выше верхнего края орбиты. Если нижний край бровей находится на уровне верхнего края орбиты, то это свидетельствует об их низком положении или опущении, а если нижний край бровей расположен ниже верхнего края орбиты, это является признаком птоза бровей [3]. Нередко встречаются ситуации, когда тело бровей занимает нормальное положение, то есть расположено выше или по краю костной орбиты, а наружный край бровей опущен.

Данная клиническая картина характерна для птоза наружного края («хвоста») брови. Как правило, такая бровь напоминает прямую линию и не имеет изгиба вверх.

Доктор Э. Распальдо определяет наличие птоза бровей по отклонению одной из параллельных линий, первая из которых идет по костному краю бровей, вторая – по границе неподвижного и подвижного века, третья – по ресничному краю (рис. 1).

Удобна для диагностики возрастных изменений кожи формула перемещения тканей по Белоусову А.Е. (табл.) [8].

Клинические проявления опущения головки или хвоста брови ниже верхнего костного края орбиты, уменьшение расстояния от нижнего края брови до верхнего ресничного края, нависание верхнего века становятся основной причиной обращения к пластическому хирургу и основным запросом для коррекции.

В этих случаях прибегают к различным хирургическим вмешательствам с примене-

**Таблица. Формула перемещения тканей по Белоусову А.Е. [8]**

СТЕПЕНЬ	КЛИНИКА	БАЛЛЫ
Начальная	Минимальная кожная складка в/века	1
Умеренная	Кожная складка не достигает линии ресниц на 2–3 мм	2
Значительная	Кожная складка достигает линии ресниц или выше на 1–2 мм	3
Крайняя	Кожная складка перекрывает поле зрения	4

нием эндоскопического оборудования, подвешивания брови с помощью различных синтетических нитей или фиксации ее в поднятом положении к надкостнице через дополнительные разрезы или с доступом через верхнее веко [3–6]. Все эти техники сопровождаются реабилитационным периодом разной степени длительности, обусловленной возникающими после операционными осложнениями и нежелательными явлениями, такими как гиперкоррекция, кровоизлияния, болевые ощущения, парестезии.

Зачастую высокая стоимость операции, наличие сопутствующей патологии вынуждают пациента отказаться от планируемого вмешательства.

### ПРИМЕНЕНИЕ НИТЕВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ – АЛЬТЕРНАТИВА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

С развитием нитевых технологий в косметологии появилась возможность предложить альтернативный способ коррекции опущения бровей. В основном применяются нити С-конфигурации, спаянные с двумя иглами. К сожалению, такая процедура практически всегда сопровождается повреждением сосу-

дистой стенки, гемоимбибицией, отечностью и асимметрией, которые присутствуют от недели до месяца [7]. Опять же высокая стоимость процедуры для пациента и ее недолговременный результат привели к дискредитации метода, и он не получил большой популярности у пациентов.

Однако техники постепенно меняются, появляются новые виды носителей, конфигурации насечек, конусов, совершенствуется биохимический состав материала. Все это определенно дает уверенность, что нитевой лифтинг бровей станет малотравматичной, малозатратной рядовой процедурой без длительного реабилитационного периода. А при правильном выборе нитей и техники имплантации результат станет продолжительным и надежным.

### ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР НИТЕЙ – ЗАЛОГ УСПЕХА ПРОЦЕДУРЫ

Несомненным лидером и материалом выбора в коррекции птоза бровей является нить Lead Fine Lift ANCHOR, регистрационное удостоверение: РЗН 2019/8740. Нить изготовлена из полидиоксанона с зубцами, предустановлена в малотравматичную ка-

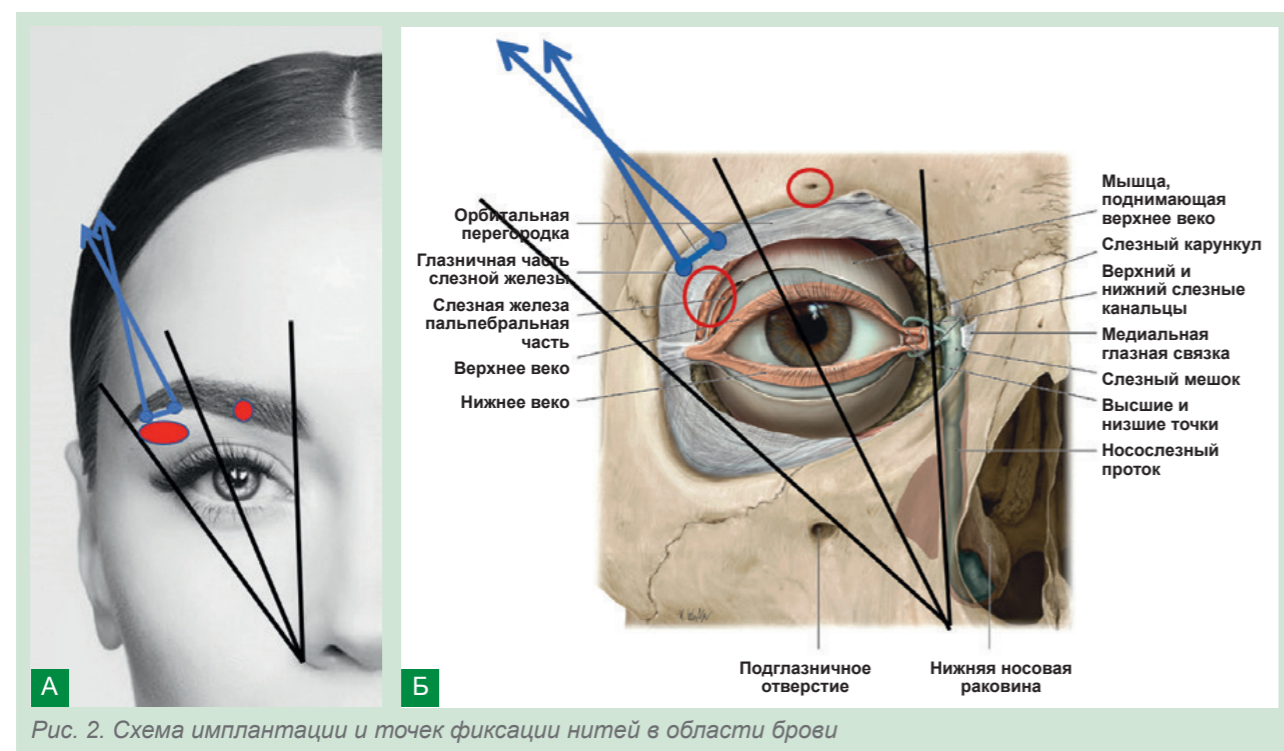


Рис. 2. Схема имплантации и точек фиксации нитей в области брови

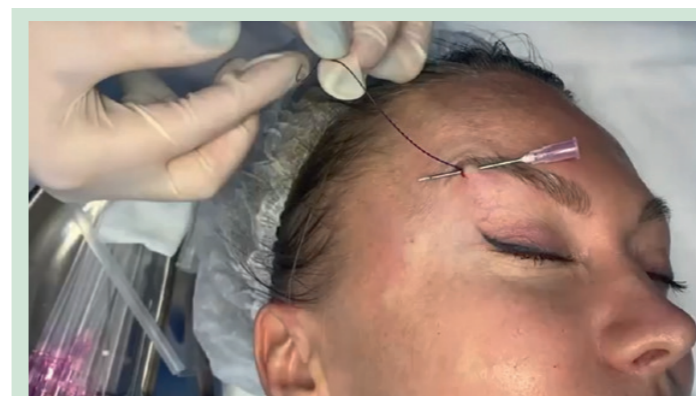


Рис. 3. Пример применения иглы 18G для проведения нити в области брови

нюлю L-типа диаметром 18G, длина нити 18 см, длина канюли удобного для манипуляций размера – 10 см. Толщина нити 1–0 usp, размерах зубцов 1 мм.

Каждая нить асептически индивидуально упакована. Основное отличие – это две группы разнонаправленных ретенционных элементов в количестве 18 и 24 шт и интактная зона посередине.

Именно такое строение данной нити позволяет выполнить П-фиксацию с помощью иглы 18G и разместить два плеча нити параллельно, фиксируясь в зоне подбровного и черепного апоневрозов, причем вектор лифтинга будет направлен в сторону лба и усилен двумя плечами одной нити (рис. 2).

### КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 1

**Пациентка М., 36 лет,** обратилась с жалобой на опущение «хвоста» бровей, грустный взгляд. Клинически при общем сохранном тоне лицевых структур, отсутствии птоза средней и нижней трети лица тело бровей располагалось на верхнем костном крае орбиты, хвост бровей опущен на 1 см. Оценка по формуле перемещения тканей по Белоусову А.Е. – 2 балла. Предложена коррекция птоза латеральной части бровей нитями Lead Fine Lift ANCHOR 2 шт., применена П-образная техника с использованием иглы 18G.

**Протокол процедуры.** Проведена инфильтрационная анестезия в зоны запланированной имплантации нитей методом

гидросепарации. Имплантация нитей проводилась в подкожно-жировую клетчатку. Первый вкол на 1 мм ниже роста волос в зоне подбровного апоневроза. Далее проведение одного плеча нити и фиксация в зоне Galea Aponeurotica, вывод канюли. П-образная фиксация интактной зоны нитевого имплантата в зоне подбровного апоневроза с помощью иглы 18G, второе плечо нити заправлялось в используемую канюлю и проводилось по возвратному вектору в зону черепного апоневроза, на 5 мм выше линии роста волос (рис. 3).

Аналогично, используя всего одну нить Lead Fine Lift ANCHOR, процедура выполнялась на другой стороне. В положении пациентки сидя была проведена коррекция натяжения с целью устранения асимметрии. После установки нитей выполнено наложение стерильных стрипов на точки вколов. Процедуру пациентка перенесла легко и была очень довольна эффектом, который сохраняется в течение 1,5 лет (рис. 4).

Реабилитационный период занял 3 дня, после чего пациентка смогла вернуться к социально активной деятельности.

### КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 2

**Пациентка Н., 58 лет,** обратилась в нашу клинику с жалобами на опущение бровей, «уставшее» лицо, появление «брылей».

Клинически наблюдались признаки хронического старения, выраженный птоз бровей, средней и нижней трети лица. Тело и хвост бровей смещены относительно костного края глазницы вниз на 8 мм. Оценка по формуле перемещения тканей по Белоусову А.Е. – 3 балла. Предложена коррекция птоза латеральной части бровей нитями Lead Fine Lift ANCHOR 2 шт. П-образная техника с использованием иглы 18G.

**Протокол процедуры** аналогичен представленному первому клиническому случаю. Имплантация нитей Lead Fine Lift ANCHOR



Рис 4. Пациентка М., 36 лет, до коррекции (А), сразу после коррекции (Б), через 1,5 года после (В) коррекции

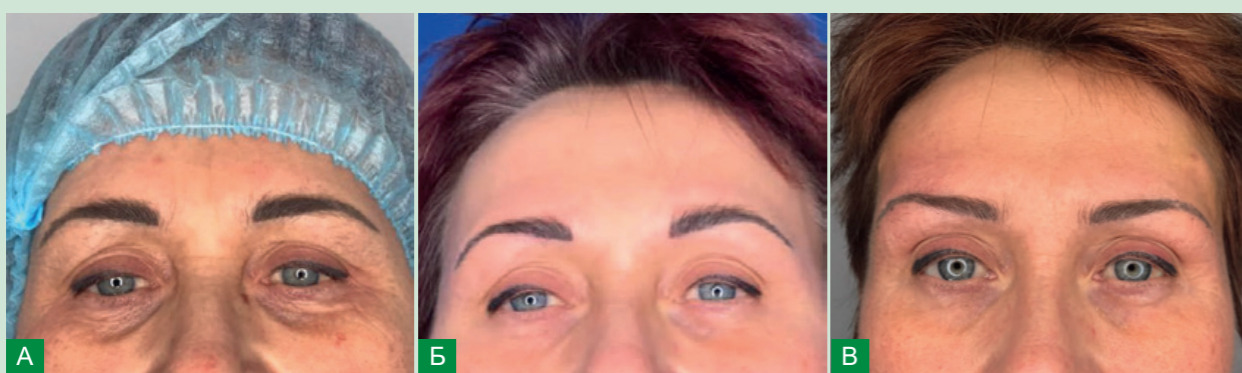


Рис 5. Пациентка Н., 58 лет, до (А), сразу после (Б), через 27 месяцев после (В) коррекции

выполнена без осложнений. Пациентка достаточно легко перенесла процедуру и довольна сохраняющимся эффектом в течение 27 месяцев. Реабилитационный период также занял всего 3 дня и позволил пациентке не менять планы и оставаться социально активной (рис. 5).

### И В ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данный протокол процедуры с использованием уникальных нитей Lead Fine Lift

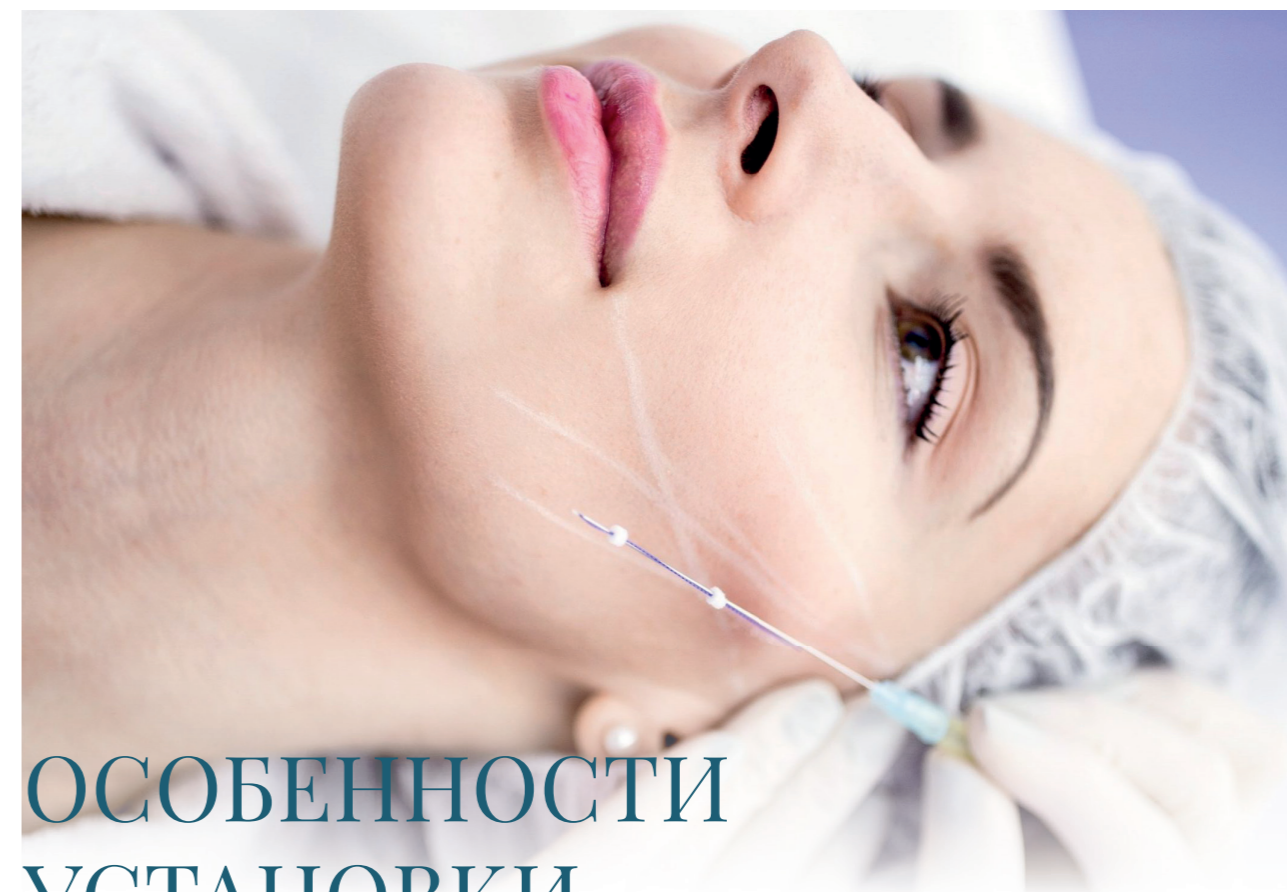
ANCHOR позволяет удовлетворить запросы пациентов разных возрастов по лифтингу бровей. Отличается малой травматизацией, малой материальной затратностью для пациентов, относительно коротким реабилитационным периодом, длительным и надежным результатом и позволяет пациентам оставаться социально активными. Данный метод может быть рекомендован к практическому применению косметологам, владеющим навыками нитевой имплантации, для разных групп пациентов.

### ЛИТЕРАТУРА

- [1] Грищенко С. Возможности коррекции птоза брови в хирургической косметологии // Русский медицинский журнал. – 2008. – № 23. – С. 1574–1579.  
 [2] Фришберг И.А. Клиника и хирургическое лечение пациентов со стареющими мягкими тканями лица и шеи: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М.: Центр науч.-исслед. ин-т стоматологии, 1970.  
 [3] Фришберг И.А. Косметические операции на лице. – М., 1984. – С. 151–155.  
 [4] Адамян А.А., Суламанидзе М.А., Хуснутдинова Э.Р. Клинические аспекты бескровной подтяжки кожи лица нитями Aptos // Анналы пласт., реконстр. И эстетич. хирургии. – 2002. – № 2. – С. 24–34.

- [5] McCord C.D. Upper blepharoplasty and eyebrow surgery // Oculoplastic surgery the essentials. Chahner 10. – 2001. – P. 125–145.  
 [6] Hinderer U.T. Blepharoplasty with eyebrow lift // Plast. Reconstr. Surg. – 1976. – V. 58, № 5. – P. 643–650.  
 [7] Филиппова К.А. Возможности повышения клинической эффективности различных вариантов нитевого лифтинга // Метаморфозы. – 2021. – № 36. – С. 40–43.  
 [8] Белоусов А.Е. Формула перемещения тканей лица и ее применение в пластической хирургии // Эстетическая медицина. – 2006. – № 3. – С. 301–316.

\* Источник: журнал «Метаморфозы», №38 сентябрь 2022



## ОСОБЕННОСТИ УСТАНОВКИ АРМИРУЮЩИХ НИТЕЙ

в средней и нижней трети лица  
в комплексе с другими методиками



**Овчинникова Диана  
Валентиновна,**  
врач-дерматолог, косметолог,  
врач высшей квалификационной  
категории, ведущий специалист  
сети клиник «Клиника доктора  
Груздева», Санкт-Петербург

Продолжение. Начало в предыдущем номере.

Следовательно, при планировании эстетической коррекции средней и нижней трети лица с помощью нитевого лифтинга или КИП целесообразно предварительно исследовать сосудистую сеть зоны имплантации с помощью УЗИ для оценки уровня безопасности работы в данной зоне.

### СИНЕРГИЗМ МЕТОДИК

Наш опыт коррекции возрастных изменений показал синергизм в отношении стимуляции тканей нитевого армирования и RF-методики, что весьма усиливает омолаживающий эффект (рис. 8).

**Клинический пример № 1.**

Пациентка, 38 лет, обратилась в клинику для коррекции возрастных изменений: уменьшения морщин и складок, опущения мягких тканей лица. Лицо пациентки выглядит отечным, тяжелым и уставшим (рис. 8А). За один сеанс ей были проведены нитевое армирование средней и нижней трети лица (рис. 8Б) и процедура игольчатого RF-лифтинга для ремоделирования дермы (рис. 8В). В результате мягкие ткани удержаны в более

«молодой» позиции, уменьшились проявления гравитационного птоза. Через месяц после RF-лифтинга и имплантации армирующих нитей пациентке была проведена аугментация подбородочной области филлером на основе гиалуроновой кислоты. После комплексного косметологического вмешательства пациентка стала выглядеть моложе, ухоженнее, эффектнее (рис. 8Г). Улучшились структура и качество тканей, цвет и рельеф кожи, лицо стало более симметричным и гармоничным, хотя изменение его пропорций не входило в программу коррекции.

В основе механизма действия игольчатого RF-лифтинга лежит биполярная радиочастотная энергия. Процедура введения игольчатых электродов в кожу посредством микропроколов на глубину от 0,3 до 3–4 мм с последующей подачей в дерму и частично – в гиподерму переменного тока радиочастотного диапазона. Вокруг каждого игольчатого электрода формируется несколько зон термического воздействия – от выпаривания и разрушения ткани до тепловой дермальной стимуляции. Зона «кратера абляции» заполняется фибробластами, запускающими синтез внеклеточного матрикса, составляющего основу соединительной ткани, и процесс неоколлагенеза. Происходит полное восстанов-

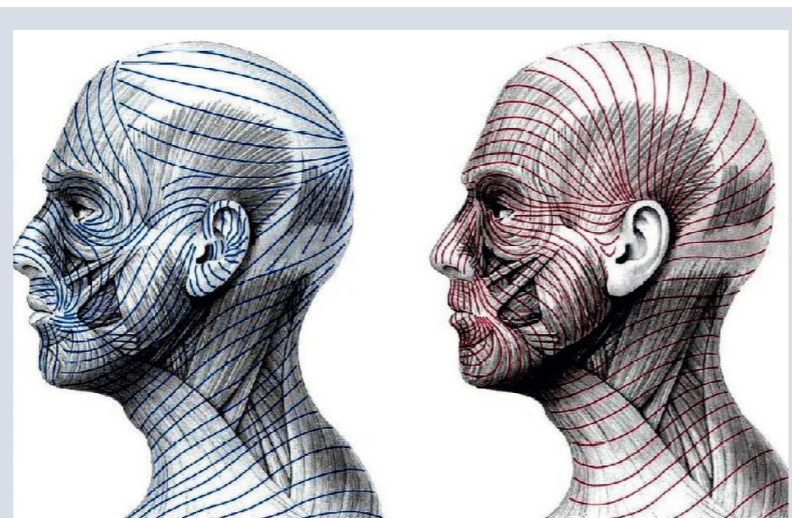


Рис. 6. Линии натяжения кожи по Лангеру (А). Линии натяжения кожи по Крайслию (Б)

ление поврежденного участка: эпителизация эпидермиса и ремоделирование дермы [12].

Для коррекции статической составляющей образа (например, восполнение дефицита объема тканей лобной, височной, подбородочной, скуловых зон, а также устранения

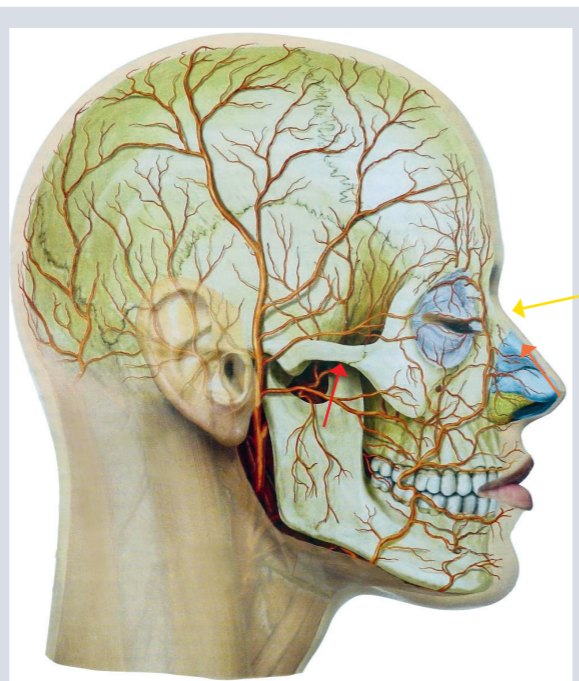


Рис. 7. Сосуды средней трети лица. Угловая артерия (желтая стрелка), латеральная артерия носа (оранжевая стрелка) и поперечная артерия лица (красная стрелка) кровоснабжают боковые отделы в средней зоне лица. Именно с ее стороны чаще всего наблюдается «явление комплементарности»

морщин и борозд) эффективны филлеры. Для коррекции мимических морщин, являющихся результатом привычной (характерной) мимической активности, используются ботулинические токсины [13].

При этом филлеры и ботулинические токсины, как правило, применяются на заключительных этапах формирования образа пациентов после процедур, улучшающих качество кожи и улучшения каркасных свойств тканей, способствующих их удержанию в нужной позиции.

**Клинический пример № 2.** Пациентка, 36 лет, обратилась в клинику с целью коррекции губоподбородочных складок, улучшения линии овала лица, уменьшения проявлений гравитационного птоза, создания визуального акцента лица на области губ (рис. 9А). Ей была проведена имплантация армиру-

ющих нитей с применением техники подъема углов рта (рис. 9Б).

Через 6 месяцев после процедуры нитевое армирование пациентке выполнена аугментация филлером на основе гиалуроновой кислоты (1 мл) в области верхней и нижней губы. Подбородочная область аугментирована с помощью супрапериостального введения 1 мл филлера на основе гиалуроновой кислоты. В мышцы, опускающие углы рта, введен ботулотоксин (рис. 9В). Лицо пациентки выглядит более подтянутым и молодым. Уменьшились проявления гравитационного птоза тканей, лицо стало более симметричным и гармоничным.

Через месяц после завершающего этапа коррекции у пациентки наблюдались следующие результаты комплексного воздействия: улучшился овал лица, уменьшилась глубина губоподбородочных складок, геоме-



Рис. 8. Клинический пример № 1. Синергизм воздействия на мягкие ткани армирующих нитей и игольчатого RF-лифтинга. Исходное состояние пациентки до косметологического вмешательства (А). Пациентка сразу после нитевое армирование средней и нижней трети лица (Б) – наблюдается эритема и отечность – следствие имплантации. Пациентка после процедуры игольчатого RF-лифтинга, который выполнен сразу после нитевой имплантации (В). Пациентка через 2 месяца после третьего, завершающего этапа коррекции (Г)

трия лица стала более четкой, лицо – более подтянутым, губы – симметричными, создан визуальный акцент на центральной части губ (рис. 9Г).

У пациентов с выраженными возрастными изменениями используют филлеры для восполнения утраченного объема тканей и придания лицу более молодого вида.

В ряде случаев филлеры и нейротоксины могут быть использованы в качестве подготовительного этапа перед имплантацией армирующих нитей. К примеру, инъекции ботулинотоксина в тяжи платизмы препятствуют опущению тканей в области овала лица.

Морщины-марионетки, идущие от углов рта к подбородку, возникают вследствие возрастных структурных изменений тканей и гравитационного птоза. Вначале образуются «недружелюб-

ные» морщинки, которые впоследствии превращаются в заломы, которые придают лицу печальное выражение. Также образование морщин потенцирует гиперактивность мышцы, опускающей угол рта, и напряжение нижнечелюстной связки, что корректируется с помощью введения ботулотоксина. Углы рта приподнимаются вверх, при этом неглубокие морщины могут самопроизвольно разглаживаться. После устранения нежелательной (излишней) мимической активности, которая может привести к смещению имплантата с нужного вектора, осуществляется введение армирующих нитей. Более выраженные морщины и складки требуют дополнительного заполнения филлером. Предварительная супрапериостальная аугментация филлерами подбородочной области и в зоне височного отростка скуловой кости способствует правильному вектору



Рис. 9. Клинический пример № 2. Исходное состояние до косметологического вмешательства (А). Схема векторов имплантации армирующих нитей с применением техники подъема углов рта (Б). Через 6 месяцев пациентке проведена аугментация верхней и нижней губы филлером на основе гиалуроновой кислоты (1 мл), также введен 1 мл филлера на основе ГК в подбородочную область и препарат ботулотоксина в мышцы, опускающие углы рта (В). Пациентка через месяц после последнего этапа коррекции (Г)

расположения при имплантации армирующих нитей, что делает программу омоложения более эффективной.

**Клинический пример № 3.** Пациентка, 39 лет, обратилась в клинику для коррекции возрастных изменений (рис. 10А). Она предъявляла жалобы на опущение мягких тканей лица, мимические морщины в области лба, межбровья, углов глаз, опущение углов рта, выраженные носогубные и подбородочные складки, уставший вид.

Программа коррекции включала следующие процедуры: на первом этапе пациентке введен ботулотоксин для коррекции мимических морщин в области лба, межбровья, углов глаз, а также в мышцы, опускающие углы рта. В этот же день в качестве подготовительного этапа перед имплантацией армирующих нитей был введен филлер на основе гиалуроновой кислоты – супрапериостально в область подбородка (1 мл) и в зону височных отростков скуловых костей (1 мл). На втором этапе (через месяц) были имплантированы армирующие нити по обозначенным векторам. На третьем этапе через 2 месяца проведена аугментация филлерами на основе гиалуроновой кислоты губоподбо-

родочных складок (0,3 мл), губ (0,7мл), области лба (1 мл) (рис. 10Б).

В результате коррекции пациентка стала выглядеть значительно моложе, ушел уставший вид, образ в целом стал восприниматься более позитивно (рис. 10В).

**Клинический пример № 4.** Пациентка обратилась в клинику за консультацией по поводу выбора хирургического или косметологического метода борьбы с возрастными изменениями (рис. 11А). В результате ее выбор остановился на постепенной и более мягкой коррекции мимической активности ботулинотоксинами. У пациентки был особенно выражен гипертонус обеих мышц, опускающих угол рта, куда вводился ботулотоксин на протяжении 2 лет, после чего были установлены армирующие нити, имплантация которых проходила уже в оптимальном положении мягких тканей для создания правильных векторов укрепляющего каркаса. В результате эстетической коррекции пациентка стала выглядеть моложе и доброжелательнее (рис. 11Б), что в значительной мере позитивно повлияло на ее психологический комфорт и, соответственно, качество жизни.

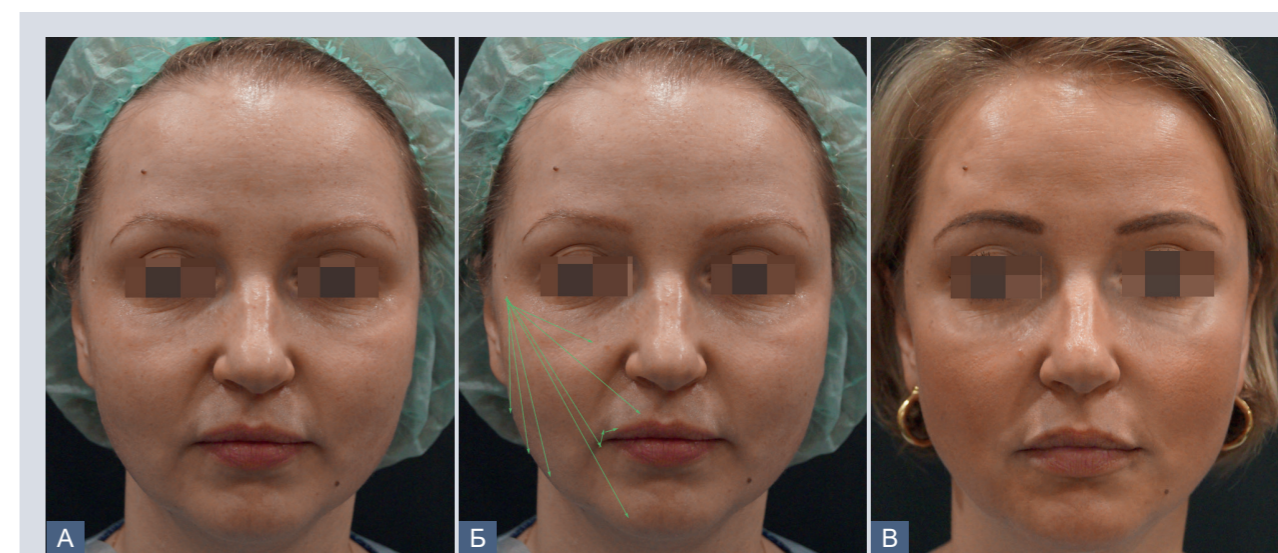


Рис 10. Клинический пример № 3. Исходное состояние пациентки до косметологического вмешательства (А). Пациентка через 2,5 месяца после начала коррекции, которая включала: ботулинотерапию, введение филлера на основе ГК в зону подбородка и в зону височных отростков скуловых костей, постановку армирующих нитей по обозначенным векторам (Б). Результат коррекции (В)



Рис. 11. Клинический пример № 4. Исходное состояние пациентки до косметологического вмешательства (А). Результат эстетической коррекции, которая включала введение препаратов ботулотоксина на протяжении 2 лет с последующей установкой армирующих нитей (Б)

## И В ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Знание анатомо-физиологических особенностей тканей дает возможность специалисту более эффективно и безопасно работать с выбранными омолаживающими методиками, включая нитевую имплантологию. Сочетание различных методик эстетической коррекции положительно влияет на степень выраженности косметологического эффекта, а именно:

- способствует наиболее долгосрочным и выраженным результатам при исправлении возрастных изменений благодаря кумулятивному эффекту и, следовательно, многократно усиливает конечный результат;
- гарантирует естественность результатов в течение длительного периода времени;
- позволяет добиться желаемых результатов без оперативного вмешательства при отсутствии выраженных инволюционных изменений или эстетических дефектов.

## ЛИТЕРАТУРА

- [1] Груздев Д.А. *Нитевая имплантология*. – СПб, 2017.
- [2] Анатомическое обоснование нитевых подтяжек средней трети лица и ментальной зоны / С.В. Прокудин, И. Сабан, Н.Е. Мантурова, О.Е. Газиуллина // *Вестник эстетической медицины*. – 2013. – № 4, Т. 12. – С. 30–36.
- [3] Овчинникова Д.В. Губы: комплексная коррекция // *KOSMETIK international*. – 2018. – № 6. – С. 12–21.
- [4] Брачинни Ф. Преимущества комбинированного подхода к коррекции возрастных изменений лица в эстетической медицине: ботулинический токсин, филлеры и мезотерапия // *Rev. Laryngol. Otol. Rhinol.* 2010, 131(2): 1–8.
- [5] Груздев Д.А. Объединяющая сила нитевых технологий // *Совершенство Profi*. – 2015. – № 46. – С. 25–26.
- [6] Rohrich and Pessa 15 injected methylene blue dye into cadaveric... | Download Scientific Diagram (researchgate.net) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://journals.lww.com/prsgo/Fulltext/2013/12000/The\\_Clinical\\_Importance\\_of\\_the\\_Fat\\_Compartments\\_in.4.aspx](https://journals.lww.com/prsgo/Fulltext/2013/12000/The_Clinical_Importance_of_the_Fat_Compartments_in.4.aspx) (дата обращения: 25.04.2022).
- [7] Savani A. *Physiopathology of the aging face // Deep face lifting techniques*. Ed. By Jorge M. Psillakis. Theme Medical Publ. Inc. N.Y., 1994. – P. 11–23.
- [8] Standing S. et al. *Gray's Anatomy. The Anatomical Basis of Clinical Practice*, 2016, 41 th ed. Elsevier Limited, p. 2252.
- [9] Грей Г. *Анатомия: описательная и хирургическая*. – Лондон, 1858 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://web.archive.org/web/20141025122150/http://www.bartelby.com/107/> (дата обращения: 25.04.2022).
- [10] Watanabe K. et al. *Anatomy for Plastic Surgery of the Face, Head, and Neck*, by Thieme Medical Publishers, Inc., 2016, p. 241.
- [11] Иванова Е.А. Что скрывается под кожей, или Еще раз о вариативности анатомических структур лица // *Метаморфозы*. – 2021. – № 36. – С. 4–10.
- [12] Фракционное радиочастотное ремоделирование Fractora в комбинации с RFAL-процедурами FaceTite, NeckTite и BodyTite – InMode многофункциональная косметологическая платформа для салонов красоты и клиник (invasive.ru) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://invasive.ru/articles/frakczionnoe-radiochastotnoe-remodelirovanie-fractora-v-kombinaczi-srfal-proczedurami-faceteite-necktite-i-bodytite/> (дата обращения: 25.04.2022).
- [13] Овчинникова Д.В. Создание образов или стилевых типажей и их ключевые характеристики // *Метаморфозы*. – 2018. – № 23. – С. 22–30.

# НИТЕВОЙ БУЛХОРН



**Курская  
Анастасия  
Геннадьевна,**  
к.м.н., врач-  
дерматовенеролог,  
косметолог,  
главный врач  
Graft clinic

Молодое лицо – лицо без изъянов, без теней, провалов и морщин. И каждая деталь со временем может выдавать наш возраст. В своей статье мы решили обратить внимание на такую небольшую анатомическую область, как верхняя губа, и показать, насколько она важна в протоколах омоложения.

Известный пластический хирург из США Дара Литта в одном из интервью, опубликованном на [www.newyorksocialdiary.com](http://www.newyorksocialdiary.com), рассказала о том, что с возрастом расстояние от основания носа до красной каймы верхней губы увеличивается, а красная кайма губ становится узкой. Некоторые пациенты обращаются с этой проблемой к косметологу, но в этом случае увеличение губ не даст положительного результата, лицо не станет гармоничнее, а губы будут смотреться как два валика. Проблема решается с помощью хирургического укорачивания и подтяжки белой кожи, благодаря чему область вокруг рта вы-

глядит моложе. Ее коллега и соотечественница Лара Девган в своем блоге на странице [www.drlaradevgan.com](http://www.drlaradevgan.com) утверждает, что идеальное расстояние между губой и носом у людей в возрасте около 25 лет составляет от 11 до 13 мм для женщин и от 13 до 15 мм для мужчин. Причем это расстояние может увеличиваться на один-три мм каждые десять лет. В этом «виноват» коллаген, которого с каждым годом вырабатывается все меньше.

Верхняя губа своей верхней границей соприкасается с основанием перегородки носа и носогубной бороздой.

Нижней границей является ротовая щель. Верхняя и нижняя губа соединены в углах рта спайками (комиссурами) [1].

С возрастом, начиная с 25 лет, уменьшается толщина губ, увеличиваются высота верхней губы и ширина рта.

А максимально этот процесс прогрессирует у женщин после менопаузы [2].

Высота верхней губы определяется высотой ее кожной части и красной каймы. Различают короткую (или низкую), среднюю, длинную (или высокую) верхнюю губу. Довольно часто бывает сочетание тонкой и длинной верхней губы, ее высокой кожной части. Этот признак наследуется преимущественно по отцовской линии. В норме на верхней губе морщины появляются в 45 лет, на нижней – где-то к 60. Далее опускаются уголки рта, но при этом сама щель растягивается [1].

Мы же возьмем за основу расстояние от основания носа до середины арки Купидона, которое должно быть не более 15 мм.

### АЛЬТЕРНАТИВА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ХЕЙЛОПЛАСТИКЕ

**Булхорн** – одна из методик хирургической хейлопластики. Во время операции под носом иссекается полоска кожи, по форме напоминающая бычьи рога. Сами разрезы находятся под крылом носа, над колумеллой, уходят в ноздри и прячутся там [3]. Как и любая пластическая операция, булхорн имеет непростой реабилитационный период, потому что зона динамически активная, рубец. И если пациент не удовлетворен результатом операции, то это может стать большой проблемой как для пациента, так и для врача. И тем не менее хирургический булхорн очень популярен во всем мире, есть много известных людей, которым делали эту операцию.

В своей работе мы представляем альтернативную методику коррекции, позволяющую успешно и безопасно провести так называемый булхорн с помощью нитей. Результат такой процедуры сопоставим с результатом хирургической коррекции, а реабилитационный период минимальный – до 7 дней. В этот период может наблюдаться болезненность в месте имплантации нити, отек окружающих тканей, небольшая кожная складка. Что касается гематом, толщина проводника нити больше, чем диаметр основных сосудов, кровоснабжающих верхнюю губу и но-

совую перегородку, поэтому вероятность повредить регионарные сосуды невелика, гематомы после нитевого булхорна – это редкость. И самое главное – нитевая коррекция полностью обратима: если потребуется, нить можно убрать и вернуть пациенту первоначальный вид.

### ПОКАЗАНИЯ К НИТЕВОМУ БУЛХОРНУ

- Возрастной птоз верхней губы.
- Асимметрия губ.
- Недостаточный объем верхней губы.
- Индивидуальные особенности строения лица (слишком большое расстояние от верхней губы до основания носа).

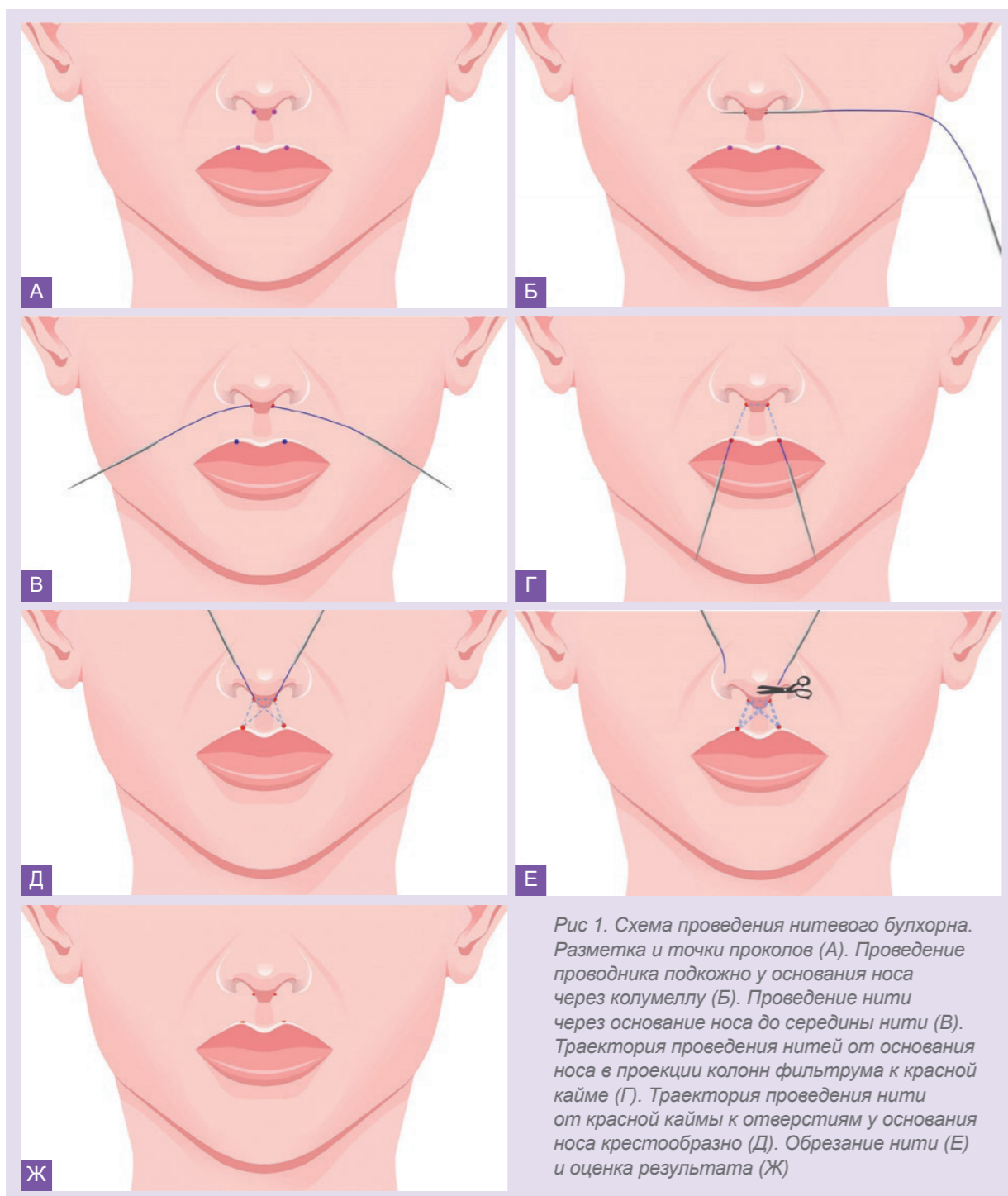
### ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- Слишком короткое расстояние от верхней губы до основания носа.
- Гингивальная улыбка.
- Онкологические заболевания.
- Нарушения свертываемости крови.
- Острые заболевания и обострение хронических заболеваний.
- Беременность.
- Лактация.
- Некомпенсированный сахарный диабет.

### СХЕМА ПРОВЕДЕНИЯ НИТЕВОГО БУЛХОРНА

Перед процедурой постановки нитей мы проводим антисептическую обработку лица раствором Бетадина и 96% этиловым спиртом. Выполняем инфильтрационную анестезию верхней губы в проекции постановки нитей. Инъецируем три точки: основание носа и в две точки в концы арки Купидона, по 0,2 мл в точку раствором лидокаина 2%. Непременным условием является постановка нитей строго в гиподерму [4].

Делаем разметку и осуществляем проколы троакаром 18G в четырех точках на глубину 3 мм (рис. 1А). Заводим проводник подкожно у основания носа через колумеллу (рис. 1Б). Проводим нить через основание носа до середины длины нити (плечо фиксации) (рис. 1В).



Заводим проводники в полученные отверстия у основания носа и ведем их в проекции колонн филтума к красной кайме. Подтягиваем кожу верхней губы на нити (рис. 1Г). Осуществляем обратный вкол и заводим нить от красной каймы к отверстиям у основания носа крестообразно (рис. 1Д). Выводим нить на поверхность, обрезаем и фиксируем (рис. 1Е). Оцениваем результат (рис. 1Ж).

После проведения процедуры пациенту должны быть выданы подробные рекомендации о прохождении периода реабилитации. Особенно важно сократить мимическую активность в первую неделю после установки нити, не употреблять горячие напитки, не спать лицом в подушку.

#### КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

**Пациентка Г., 55 лет** (рис. 2А). Жалобы: на возрастные изменения лица. Снижение тонуса кожи, морщины в области межбровья и глаз, кисетные морщины. Уменьшение объема верхней губы, удлинение верхней губы. Anamnesis morbi: менопауза с 50 лет. Последние 8 лет посещает косметолога. Один раз

в год ей проводят пилинг ТСА, ботулинотерапию, устанавливают филлеры в височную область, носогубную область. Диагноз: старческая атрофия кожи (L.57.4).

**Модификация нити:** мы использовали нить из полидиоксанона (PDO), фиксированную по обеим сторонам на проводниках (спичках), Dual 19G, длина проводника 100 мм, длина нити 290 мм, длина плеча фиксации 1 см, на нити имеются шиповидные насечки, сходящиеся от краев к центральной части. Результат. После процедуры (рис. 2Б) кожная часть верхней губы пациентки сократилась на 5 мм (рис. 3).

**Мы задались вопросом:** действительно ли уменьшение расстояния между верхней губой и носом делает нас моложе или нам так хочется думать? Для проверки нашей гипотезы мы провели несложный эксперимент. В мобильное приложение «Возраст Сканнер 2017», определяющее по фотографии приблизительный возраст человека, загрузили фотографию пациентки до процедуры и получили предполагаемый возраст, рассчитан-



Рис 2. Клинический пример. Пациентка Г., 55 лет, до (А) и после (Б) проведения процедуры нитевого булхорна



Рис 3. Результат коррекции с применением нитевых имплантатов. Расстояние от основания верхней губы до кончика носа уменьшилось на 5 мм

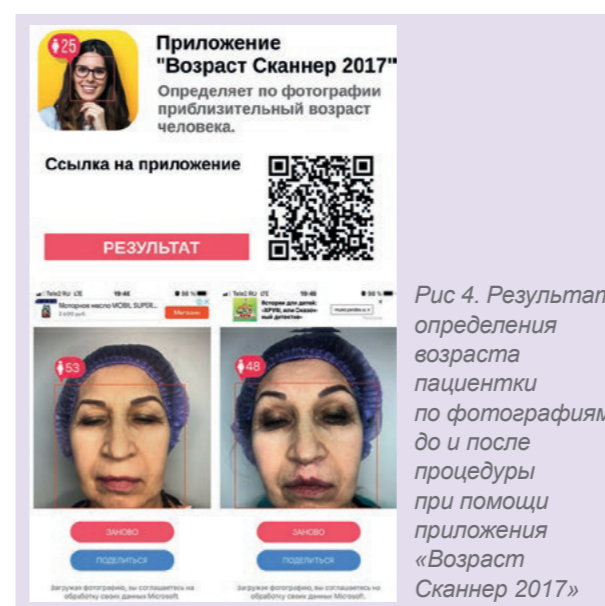


Рис 4. Результат определения возраста пациентки по фотографиям до и после процедуры при помощи приложения «Возраст Сканнер 2017»

ный на основе заложенных алгоритмов. Далее мы загрузили еще одну фотографию той же пациентки но после проведения нитевого булхорна. Единственное, что изменилось в ее внешности, – это длина верхней губы, которая стала короче на 5 мм.

И «Возраст Сканнер 2017» рассчитал, что пациентка стала выглядеть моложе на 5 лет

(рис. 4). Обращаем ваше внимание на то, что компьютерная программа лишена субъективизма, в ней работают алгоритмы.

#### И В ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Безусловно, чем больше методик имеет в своем арсенале врач, тем больше возможностей у него будет помочь пациентам при коррекции возрастных изменений и эстетических недостатков.

Процедура нитевого булхорна эффективна и проста при коррекции верхней губы и особенно подходит возрастным пациентам, которые отказываются от введения филлеров в периоральную область. Эта методика может быть альтернативой хирургической операции, так как лишена ее недостатка – наличия рубца – и обладает обратимостью эффекта. Также немаловажными преимуществами являются продолжительность процедуры (всего 20 минут) и минимальный реабилитационный период, которые позволяют экономить время и врача, и пациента.

#### ЛИТЕРАТУРА

- [1] Калашников Р.Н. [и др.] Топографическая анатомия и оперативная хирургия челюстно-лицевой области. – М.: ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, 2008. – С. 77.
- [2] Губанова Е.И. Инволюционные изменения кожи нижней трети лица у женщин (клинико-функциональное исследование): дис. д-ра мед. наук. – М., 2010. – 190 с.
- [3] Salibian A.A., Bluebond-Langner R. Lip lift. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2019 May; 27(2): 261–266. doi: 10.1016/j.fsc.2019.01.004. Epub 2019 Mar 2.
- [4] Крюкова С.В., Мезенцев Ю.А., Мухина Т.В. Гистологические особенности биодеградации нитей, используемых в косметологии // *Метаморфозы.* – 2021. – № 35. – С. 14–25.

\* Источник: журнал «Метаморфозы», №39 сентябрь 2022

# ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НИТЕВЫХ МЕТОДОВ:

## ВНИМАНИЕ К ДЕТАЛЯМ



**Кодяков  
Алексей  
Александрович,**  
врач-косметолог,  
пластический хирург,  
вице-президент  
АНИ, международный  
сертифицированный  
тренер-эксперт по  
нитевым технологиям,  
зав. Отделением  
косметологии Клиники  
доктора Груздева,  
Санкт-Петербург

Еще в 2011 г. Основоположники нитевых методов Суламидзе М.А. и соавт., сформулировав причины осложнений воспалительного характера, предложили методы их лечения и профилактики [1].

Данная тема получила развитие в трудах Груздева Д.А. и соавт. [2]. Авторы охарактеризовали варианты течения инфекционно-воспалительных осложнений, выявили их связь с конструкцией нитей, отметили особенности патологического процесса в разных зонах коррекции. По мере накопления клинического опыта в литературе появлялись новые сведения [3–7]. Не будем повторять все сказанное – придерживаясь принципа новизны, акцентируем внимание на важных деталях. Начнем с вопросов патогенеза.

Гнойно-септические осложнения нитевых методов протекают в двух формах – разлитой и ограниченной.

Клиническая картина зависит от особенностей подкожно-жировой клетчатки в области воспаления.

### РОЛЬ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ

Подкожно-жировая клетчатка лица разделена септами на жировые пакеты. Зоны их расположения представлены на рис. 1 [8].

Наиболее толстый слой находится в средней и нижней трети лица. В субментальной области имеются подкожный и подплатизмальный слои, которые бывают весьма выраженными.

Инфекция может попасть в мягкие ткани через нити. Характер воспаления зависит от наличия и объема подкожно-жировой клетчатки, а также от наличия ограничивающих свя-

зок. В области щеки, нижней трети лица, подчелюстной области часто протекает разлитое воспаление – быстрое и широкое распространение патологического процесса от места его начала.

В области виска, апоневроза волосистой части головы, сосцевидного отростка воспаление остается ограниченным. В обоих случаях, приведенных на рис. 2, оно не распространяется на прилегающие зоны, несмотря

на хронической инфекции, особенно в области лица – кариозных зубов, хронического тонзиллита, фарингита [9].

Провоцирующим фактором может стать и острое инфекционное заболевание. Это демонстрирует следующий клинический случай.

Клинический случай. Пациентка В., 61 год, обратилась в связи с наличием подкожных уплотнений в околоушной области. Пять лет назад она прошла процедуру нитевой подтяжки лица.

Несколько месяцев назад у пациентки появилось болезненное уплотнение в области левой щеки. Она обратилась в районную поликлинику, где поставили диагноз «воспалитель-



Рис 1. Зоны расположения жировых пакетов лица

на яркие внешние проявления.

Работа с пациентом, обратившимся по поводу гнойно-септического осложнения процедуры нитевого омоложения, требует специального подхода. Свои особенности имеются на каждом этапе, начиная со сбора анамнеза.

### СБОР АНАМНЕЗА

Воспалительный процесс в зоне установки нитей может развиваться при наличии у пациента очага

инфильтрат с гнойным содержимым». Хирург поликлиники вскрыл и дренировал инфильтрат. При ревизии области воспаления он обнаружил имплантированную нить. Рану ушил, назначил общую антибиотикотерапию. Затем пациентка перенесла острое респираторное заболевание. Через два месяца она обнаружила уплотнения перед ушными раковинами, в связи с чем обратилась в нашу клинику.

При осмотре обнаружены симметричные подкожные воспалительные инфильтраты перед ушными раковинами с обеих сторон лица (рис. 3), инфильтрат слева болезненный при пальпации.

При поздних инфекционно-воспалительных осложнениях нитевых методов инфекционный процесс чаще локализуется в заушной области [10], однако в данном случае роль имплантированных нитей не вызвала сомнения. Пациентке выполнили пункцию очагов воспаления. Гнойного содержимого не получили, в связи с чем приняли решение о консервативном лечении.



Рис 2. Ограниченное воспаление в зоне фиксации нитей: А – в области виска; Б – в области сосцевидного отростка

Провели местную антибиотикотерапию – инъекции 2 мл 30% раствора линкомицина в разведении с 3 мл 0,25% раствора новокаина 1 раз в день в течение 7 дней. В случае сохранения нитей в тканях имелся риск повторного осложнения, учитывая эндогенный характер распространения инфекции.

Поэтому после купирования воспалительного процесса изделия удалили через прокол. Для того чтобы

представить точную картину развития гнойно-септического осложнения, необходим тщательный сбор анамнеза. Незнание врача о наличии у пациента хронических очагов инфекции и недавно перенесенных инфекционных заболеваний может затруднить установление причины осложнения и привести к неверному решению.

### ОСМОТР ПЕРЕД ПРОЦЕДУРОЙ

При осмотре пациента важно выявить имеющиеся воспалительные элементы в зоне коррекции. Наши специалисты считают противопоказанием не только выраженные проявления (рис. 4А), но и едва заметный признак воспаления (рис. 4Б). При наличии таких элементов процедуру переносят на другой срок.

Гнойно-септические осложнения нитевых методов наиболее часто развиваются в зонах повышенного риска, к которым относят волосистую часть головы, заушную область и красную кайму губ.

### ЗОНЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА

Волосистая часть головы – одна из зон повышенного риска [11]. Попадание волоса в раневой канал возможно и при работе в прилегающих зонах (рис. 5).

Полтора месяца назад пациентке были установлены I-образные армирующие нити. Точка введения канюли находилась ниже ли-



Рис 3. Воспаление по ходу нити через 5 лет после имплантации

нии роста волос. При выполнении процедуры волос попал в рану и не был удален, что привело к воспалению.

Микроорганизмы, присутствующие во рту, не менее опасны. Однако полость рта не относят к зонам повышенного риска, поскольку выход концевой участка нити к поверхности слизистой полости рта встречается очень редко.

Один из таких случаев представлен на рис. 6.

В приведенном случае, с одной стороны, был высокий риск проникновения инфекции в мягкие ткани. С другой стороны, позиция нити была устойчивой, концевой участок нес малую нагрузку. Учитывая данные обстоятельства, врач обрезал и утопил концевой участок, оставив основную часть нити в тканях. Это явилось базовым элементом лечения.

### ЛЕЧЕНИЕ

Врачу приходится принимать решение о «судьбе» нити, спровоцировавшей гнойно-септическое осложнение, при работе с каждым пациентом.

Плетеную нить удаляют во всех случаях, даже при отсутствии гнойного содержимого внутри воспалительного очага. Антибиотикотерапия при сохранении нити обычно приводит к временному затиханию процесса. После



Рис 4. Воспалительные элементы в зоне коррекции как противопоказание к имплантации нитей: А – абсцесс; Б – фолликулит

отмены препарата очаги появляются вновь, причем в любом месте по ходу нити.

Действия врача в отношении монофиламентной нерассасывающейся нити могут различаться в зависимости от симптомов осложнения. При наличии гнойных выделений нить удаляют в связи с риском распространения инфекции в прилегающие зоны. Необходимо учитывать и риск миграции нити из-за скопления жидкости вокруг нее и ухудшения фиксации в тканях.

Лифтинговую нить с бинаправленными сходящимися к центру выступами (насечками) удаляют целиком. При наличии полости в воспалительном очаге обычно не требуется спе-

циальных манипуляций по поиску нити – ее легко находят при санации очага. Сохранение части нити нецелесообразно. В случае удаления лишь одного «плеча» или центрального отрезка оставшиеся фрагменты будут иметь однонаправленные выступы, что в дальнейшем может привести к миграции фрагментов.

Если зона инфильтрации вокруг нити не имеет гнойного содержимого, нити сохраняют в тканях и проводят терапию, направленную на купирование воспаления. В случае выхода концевой участка нити к поверхности кожи, сопровождающегося образованием небольшого папулоподобного элемента, концевой участок удаляют. Процедура не несет в себе рисков миграции оставшейся части нити и распространения инфекции.

Особый подход требуется при наличии в зоне воспаления биодеградирующих нитей. Чем дольше нить находится в тканях, тем меньше показаний к ее удалению. Если рассасывающаяся нить установлена более полугода назад, попытка ее удаления приводит к фрагментации.



Рис 5. Воспалительный процесс, вызванный попаданием волоса в раневой канал при установке нитей рядом с линией роста волос



Рис 6. Выход концевой участка нити к поверхности слизистой полости рта



Рис 7. Воспалительный инфильтрат в области выхода центральной части нити на поверхность кожи

Как и любую патологию, воспалительный процесс легче не допустить, чем лечить. Действенной мерой профилактики гнойно-септических осложнений нитевых методов является выполнение пациентом рекомендаций врача. Одна из рекомендаций – явка на контрольный осмотр.

### КОНТРОЛЬНЫЙ ОСМОТР

Неявка пациента может иметь неблагоприятные последствия, что иллюстрирует следующий клинический случай.

**Клинический случай. Пациентка И., 53 лет,** обратилась в связи с болезненным уплотнением в правой заушной области. Для купирования воспаления она регулярно обрабатывала антисептиком данную область. Год назад в целях лифтинга нижней трети лица пациентке была выполнена усиленная подтяжка по методу «петля в петле» с помощью полипропиленовых нитей. На контрольный осмотр она не явилась.

При осмотре в нашей клинике был обнаружен выход на поверхность кожи центрального участка нити длиной 2 мм в заушной области. Воспалительный инфильтрат в прилегающей зоне (рис. 7).

По-видимому, врач непреднамеренно произвел выкол и последующий выкол иглы-про-

водника под складкой кожи, образовавшейся при формировании внутренней петли. На поверхности кожи остался участок нити, скрытый в глубине складки. По мере разглаживания складки нить стала заметной, появилась возможность ее определять пальпаторно.

Для устранения проблемы кожа под нитью была рассечена между точками вкола и выкола. Выполнена частичная отслойка кожи от глубоких тканей тупым способом, кожа сведена над нитью.

Края раны ушиты. Введен линкомицин. Нанесена мазь «Левомеколь», наложена асептическая повязка. Пациентке рекомендована ежедневная обработка раны хлоргексидином, накладывание мазевой повязки с «Левомеколем». Рана зажила через неделю.

В случае прибытия пациентки на контрольный осмотр не произошло бы затягивания воспалительного процесса.

### И В ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках статьи не представилось возможным охватить все аспекты рассматриваемой темы. Удалось затронуть лишь отдельные детали, а из них по крупницам может проясниться общая картина. Внимание к деталям надо проявлять на каждом этапе работы с пациентом, что позволит избежать ошибок.

# СИМПТОМ СКЛЕРАЛЬНОГО ПРОСВЕТА

## КАК ВАЖНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ НИЖНИХ ВЕК

**А. Е. Белоусов,**

доктор медицинских наук, пластический хирург Центра пластической и реконструктивной хирургии, Санкт-Петербург, Россия

### 1. ВВЕДЕНИЕ

Симптом склерального просвета (склеральный просвет, *scleral show*) – это белая полоса склеры между лимбом радужной оболочки глаза и краем века при открытых глазах и вертикальном положении головы. В редких случаях склеральный просвет бывает верхним (между верхним лимбом радужки и краем верхнего века), что может быть симптомом эндокринной офтальмопатии или гипертонуса мышцы, поднимающей верхнее веко [1]. Зато нижний склеральный просвет (между нижним лимбом радужки и тарзальным краем нижнего века) – это анатомическая особенность, которую пластические хирурги очень часто встречают в своей практике. В зависимости от ситуации нижний склеральный просвет расценивают как норму, следствие избыточного иссечения кожи при нижней блефаропластике, элемент возрастного птоза или симптом заболевания [1–8].

Наблюдения за пациентами свидетельствуют о том, что данный вариант положения нижних век часто встречается как в самом молодом, так и в зрелом, и пожилом возрасте, как

после нижней блефаропластики, так и у людей, ранее никогда не оперированных.

Для того чтобы сделать клинические оценки нижнего склерального просвета более обоснованными, автором проведено данное исследование.

### 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

**Пациенты.** Проведен анализ фронтальных фотоизображений орбитальных областей лица у 643 пациентов, среди которых преобладали женщины (90,5%). Все пациенты были разделены на 2 группы.

В I группу вошли 324 пациента в возрасте от 18 до 35 лет (50,4% от общего числа). Вторая группа была представлена 319 пациентами в возрасте от 45 до 72 лет (49,6% от общего числа). Первую группу составили кандидаты на ринопластику, вторую – пациенты, которые обратились к автору с целью омоложения лица и ранее по этому поводу не оперировавшиеся. Никто из пациентов в обеих группах наблюдений не предъявлял жалоб на положение края нижних век, в том числе при наличии склерального просвета [1].

### ЛИТЕРАТУРА

[1] Опыт профилактики и лечения осложнений при нитевом омоложении лица и шеи / М.А. Суламанидзе, И.С. Воздвиженский, Г.М. Суламанидзе, К.М. Суламанидзе, Э.Г. Азизян // Вестник эстетической медицины. – 2011. – № 4. – С. 27–35.  
 [2] Груздев Д.А., Кодяков А.А. Осложнения процедур нитевого омоложения // Метаморфозы. – 2015. – № 12. – С. 36–40.  
 [3] Кодяков А., Федоров П. Инфекционно-воспалительные осложнения нитевых методов омоложения // Совершенство Профи. – 2016, октябрь. – С. 34–37.  
 [4] Елфимова О.Ю. Осложнения, не связанные с нарушением правил установки нитевых имплантатов // Метаморфозы. – 2021. – № 36. – С. 60–66.  
 [5] Кодяков А.А., Федоров П.Г. Нетипичные случаи осложнений нитевых методов // Инъекционные методы в косметологии. – 2020. – № 1. – С. 4–7.  
 [6] Кодяков А.А., Федоров П.Г. Клинический случай позднего инфекционно-воспалительного осложнения нитевых методов // Инъекционные методы в косметологии. – 2018. – № 4. – С. 9–11. [7] Кодяков А.А., Федоров П.Г., Александров В.Н. Нитевая имплантология. – М.: Косметика и медицина, 2017. – 160 с.

[8] Alghoul M., Codner M.A. Retaining Ligaments of the Face: Review of Anatomy and Clinical Applications // Aesthetic Surgery Journal. – August 2013. V. 33 (6). P. 769–782.  
 [9] Герчиков А.И. Осложнения после проведения нитевого лифтинга. ВаллексМед, научные исследования. 12.08.2018 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://vallexmed.ru/blog/oslozhneniya-posle-provedeniya-nitevogoliftinga/> (дата обращения: 17.04.2022).  
 [10] Кодяков А.А., Федоров П.Г. Поздние инфекционно-воспалительные осложнения нитевых методов // Инъекционные методы в косметологии. – 2018. – № 2. – С. 68–70.  
 [11] Кодяков А.А., Федоров П.Г. Пропустить обучение – получить осложнение // Облик. Esthetic Guide. – 2021, октябрь. – № 5. – С. 24–28.  
 [12] Кодяков А. Инфекционно-воспалительные осложнения нитевого лифтинга // Kosmetik International. – 2015. – № 3. – С. 107–112.

\* Источник: журнал «Метаморфозы», № 38 май 2022

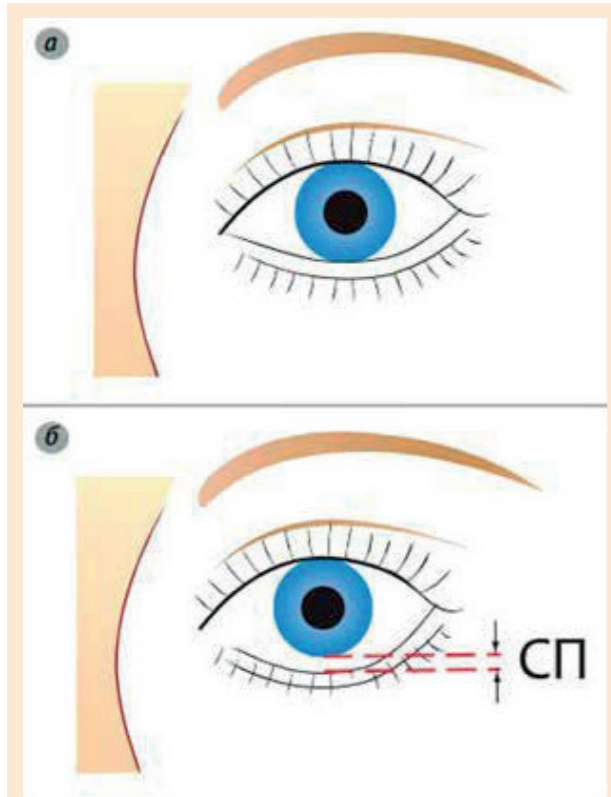


Рис. 1. Отсутствие (а) и наличие (б) склерального просвета

**Стандарты фоторегистрации.**

Все отобранные для анализа фотографии были выполнены цифровой камерой в стандартных условиях, то есть:

- положение пациента – сидя;
- положение головы пациента – вертикальное, взгляд строго вперед;
- полное расслабление мимических мышц лица.

**Характеристики и градации их оценки.**

Выбранные для оценки характеристики нижних век (таблица 1) анализировали с использованием программы Adobe Photoshop CS3.

**Склеральный просвет (СП).** При наличии белой полоски склеры степень склерального просвета оценивали в миллиметрах по расстоянию от нижнего лимба радужной оболочки глаза до края нижнего века на уровне вертикальной зрачковой линии (рис. 1).

**Градации оценки:**

- склеральный просвет отсутствует;

**Таблица 1. Характеристики, оцениваемые при анализе фотоизображений нижних век, а также градации их оценки**

№	Характеристика (анатомическая особенность нижнего века)	Градации оценки
1	Склеральный просвет	1.1. До 1 мм 1.2. От 1 до 2 мм 1.3. Более 2 мм
2	Латеральный кантальный угол	2.1. Положительный 2.2. Нулевой ±1
3	Расположение вершины дуги тарзального края нижних век	3.1. На уровне зрачковой линии ± 1 мм 3.2. Латерально смещенная дуга

**Таблица 2. Наличие и величина склерального просвета у пациентов различных возрастных групп**

Группы наблюдений	Склеральный просвет								ВСЕГО	
	Отсутствует		До 1 мм		1–2 мм		Более 2 мм			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I – до 35 лет	195	60,2	80	24,7	41	12,6	8	2,5	324	100,0
II – 45 лет и старше	243	76,2	53	16,6	23	7,2	0	0	319	100,0
Итого	438	68,1	133	20,7	64	10,0	8	1,2	643	100,0

- склеральный просвет 1-й степени – до 1 мм;
- склеральный просвет 2-й степени – от 1 до 2 мм;
- склеральный просвет 3-й степени – более 2 мм.

Положение нижних век по отношению к нижнему лимбу радужной оболочки глаза измеряли на экране компьютера после увеличения фотоизображения до размера, при котором внутреннее межкантальное расстояние становилось равным 30–31 мм (среднее межкантальное расстояние). Это позволяло максимально уменьшить погрешности измерений, связанные с возможными изменениями масштаба фотоизображений. При различиях в величине склерального просвета на правом и левом глазах за основной показатель брали большее значение. При наличии сомнений в выборе между соседними градациями брали за основу меньшую градацию.

**Латеральный кантальный угол (ЛКУ).**

Образован межкантальной (соединяет медиальную и латеральную комиссуры век) и горизонтальной осями [5]. В качестве ориентира горизонтальной оси использовали межзрачковую линию (рис. 2).

**Градации оценки:**

- а) положительный ЛКУ: межкантальная ось смещена краниально больше чем на 1° по отношению к горизонтальной линии;
- б) нулевое значение ЛКУ: межкантальная ось расположена горизонтально ± 1°.

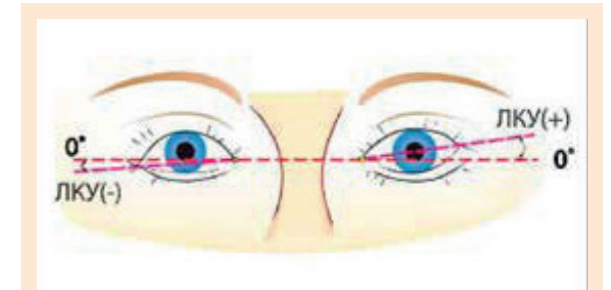


Рис. 2. Схема и градации оценки латерального кантального угла

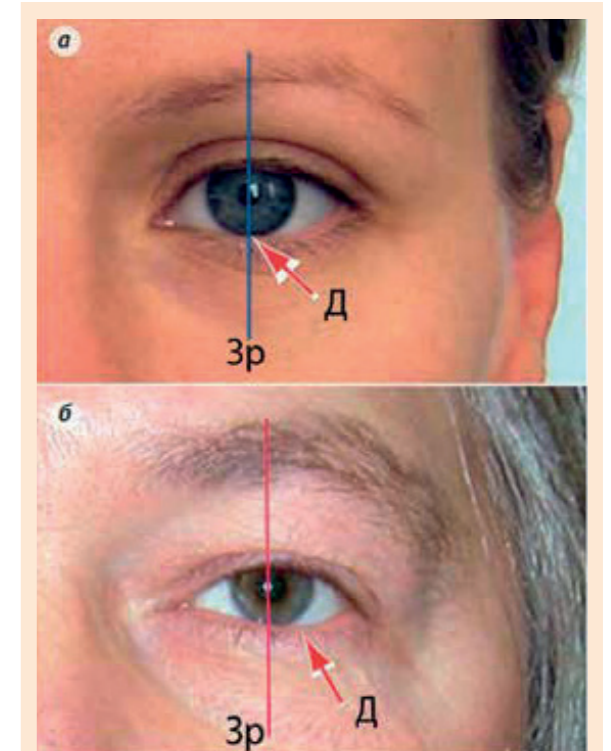


Рис. 3. Расположение вершины дуги нижнего века (Д) по отношению к вертикальной зрачковой линии (Зр): центральное(а); латеральное(б)

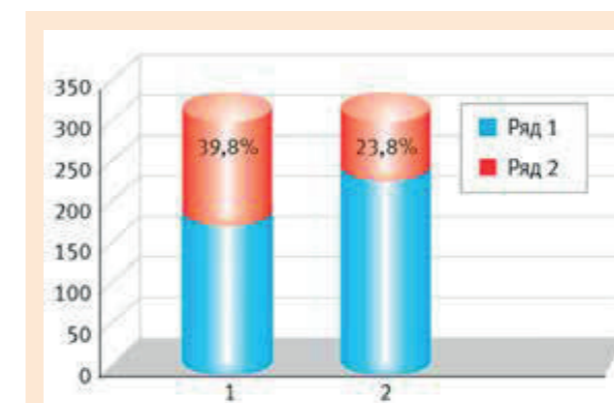


Рис. 4. Частота встречаемости СП (ряд 1) у пациентов различных групп: столбец 1 – до 35 лет, столбец 2 – 45 лет и старше

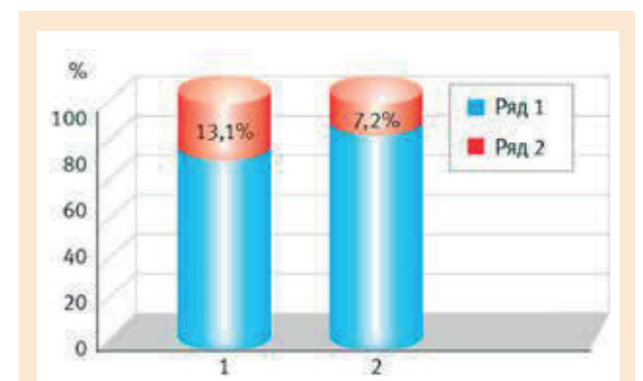


Рис. 5. Частота встречаемости значительного (более 1 мм) СП (ряд 1) у пациентов различных групп: столбец 1 – до 35 лет, столбец 2 – 45 лет и старше

Расположение вершины дуги тарзального края нижнего века. Определяли, измеряя расстояние между вершиной дуги нижнего века и вертикальной зрачковой линией (рис. 3).

#### Градации оценки:

- центральное расположение вершины дуги: на вертикальной зрачковой линии  $\pm 1$  мм;
- латеральное расположение: смещение вершины дуги латерально более чем на 1 мм.

#### Статистическая обработка.

Для оценки достоверности различий в частоте соответствующих показателей был использован t-критерий Стьюдента.

### 3. РЕЗУЛЬТАТЫ

**Склеральный просвет.** Край нижнего века был расположен ниже лимба радужной оболочки глаза в среднем в 31,9% случаев (таблица 2, рис. 4).

При этом СП встречался существенно чаще ( $p < 0,001$ ) в I группе пациентов ( $39,8 \pm 2,7\%$  случаев в I и  $23,8 \pm 2,4\%$  случаев во II группе наблюдений). Существенными ( $p < 0,01$ ) были и различия между группами пациентов в частоте значительного (более 1 мм) склерального просвета, которая отличалась почти в 2 раза –  $12,6 \pm 1,9\%$  в I группе и  $7,2 \pm 1,5\%$  во II (рис. 5).

Склеральный просвет 3 степени был зафиксирован только у пациентов I группы (до 35 лет) (рис. 6). Во II группе пациентов (старше 45 лет) у 14 человек, имеющих склеральный просвет размером от 1 до 2 мм, были дополнительно проанализированы характеристики тканей лица, ранее оцененные по методу автора [9]. Оказалось, что в 12 из 14 случаев вертикальная подвижность покровных тканей скуловой зоны была значительной или крайне значительной (3 и 4 балла, соответственно).

**Латеральный кантальный угол.** В большинстве случаев (всего 68,7%) латеральный кантальный угол имел положительные вели-

**Таблица 3. Значения латерального кантального угла у пациентов различных возрастных групп**

Группы наблюдений	Латеральный кантальный угол				ВСЕГО	
	Положительный		Нулевой			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I – до 35 лет	229	70,7	95	29,3	324	100,0
II – 45 лет и старше	213	66,8	106	33,2	319	100,0
Итого	442	68,7	201	31,3	643	100,0



Рис. 6. СП 3 степени: у пациентки 24 года (а); у пациентки 19 лет (б); у пациентки 20 лет (в)

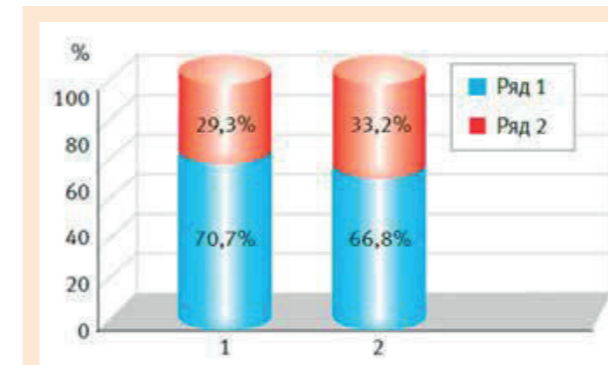


Рис. 7. Частота встречаемости положительного и нейтрального ЛКУ (ряд 1) у пациентов различных групп: столбец 1 – до 35 лет, столбец 2 – 45 лет и старше

чины, что отмечалось примерно одинаково часто ( $p > 0,05$ ) в обеих группах пациентов (таблица 3, рис. 7).

Почти у трети пациентов ЛКУ имел нулевые показатели, что чаще встречалось в группе пациентов старшего возраста (различия статистически недостоверны,  $p > 0,05$ ). Отрицательные показатели ЛКУ не были зарегистрированы ни в одной группе пациентов. В группе

пациентов до 35 лет отмечалось статистически значимое увеличение частоты склерального просвета при положительном латеральном кантальном угле в сравнении с нулевым значением ЛКУ, соответственно  $43,2 \pm 2,9\%$  и  $30,5 \pm 4,8\%$ ,  $p < 0,01$  (таблица 4).

В группе пациентов старше 45 лет эти различия были статистически недостоверными.

**Вершина дуги тарзального края нижнего века (ВД).** Вершина дуги тарзального края нижнего века располагалась латеральнее вертикальной зрачковой линии в среднем в 26,0% случаев при отсутствии статистически значимых различий в двух группах наблюдений,  $p > 0,05$  (таблица 5).

Так же несущественными оказались и различия в частоте склерального просвета в зависимости от положения дуг нижних век в пределах как I, так и II групп пациентов,  $p > 0,05$ . Однако существенность связи положения дуг нижних век и частоты возникновения склерального просвета выявлена при сравнении

**Таблица 4. Частота склерального просвета при различных показателях латерального кантального угла в группе пациентов до 35 лет**

Показатели ЛКУ	Склеральный просвет		n (число пациентов I группы)	
	Абс.	%	Абс.	%
	ЛКУ +	99	43,2	229
ЛКУ °	29	30,5	95	100,0

**Таблица 5. Расположение вершины дуги нижнего века у пациентов различных возрастных групп**

Группы наблюдений	Вершина дуги нижнего века				ВСЕГО	
	На зрачковой линии		Латерально			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I – до 35 лет	79	24,4	245	75,6	324	100,0
II – 45 лет и старше	88	27,6	231	72,4	319	100,0
Итого	167	26,0	476	74,0	643	100,0

**Таблица 6. Частота склерального просвета в зависимости от положения дуг нижних век и возрастной группы пациентов**

Пациенты	Склеральный просвет			ВСЕГО	
	Группа	Положение дуг нижних век	Есть		Нет
I – до 35 лет		На зрачковой линии	20 (25,3%)	59 (74,7%)	79 (100%)
		Латерально	109 (44,5%)	136 (55,5%)	245 (100,0%)
II – 45 лет и старше		На зрачковой линии	7 (8,0%)	81 (92,0%)	88 (100,0%)
		Латерально	69 (29,9%)	162 (70,1%)	231 (100,0%)
ИТОГО			205 (31,9%)	438 (68,1%)	643 (100,0%)

пациентов различных возрастных групп (таблица 6). Так, во всей выборке пациентов частота склерального просвета составила при расположении дуг нижних век на зрачковой линии  $16,1 \pm 2,9\%$ , а при их латеральном расположении –  $37,4 \pm 2,2\%$ , (различия статистически достоверны,  $p < 0,001$ ).

Частота склерального просвета при латеральном смещении дуги нижнего века была существенно ( $p < 0,001$ ) выше у пациентов в возрасте до 35 лет в сравнении с пациентами старше 45 лет (соответственно  $44,5 \pm 3,2\%$  и  $29,9 \pm 3,0\%$ ), а при расположении дуг нижних век на уровне зрачковой линии преобладала у пациентов I группы в сравнении со II группой (соответственно  $25,3 \pm 4,9\%$  и  $8,0 \pm 2,9\%$ ,  $p < 0,01$ ).

#### 4. ОБСУЖДЕНИЕ

##### Группы наблюдений и методика автора.

Для изучения частоты склерального просвета автором статьи были выбраны две большие и принципиально различные группы пациентов:

а) пациенты до 35 лет с отсутствием значительных возрастных изменений тканей нижних век;

б) пациенты 45 лет и старше с уже развившимися возрастными изменениями тканей лица.

Это позволило дать достаточно обоснованный ответ на вопрос о связи склерального просвета с возрастными изменениями тканей орбитальной зоны.

Градации измерений латерального кантального угла и положения дуги тарзального края нижних век носили преимущественно качественный характер, что позволяло максимально уменьшить погрешности, связанные с различиями индивидуальной анатомии орбиты и условиями фотосъемки.

Что же касается такого явления, как латеральное смещение вершины дуги нижних век, то этот вопрос со всей очевидностью требует дополнительного изучения, выходящего за рамки данной статьи.

**О частоте встречаемости склерального просвета.** Как известно из литературных данных, значительный склеральный просвет – это обязательный признак паралитического или выраженного возрастного птоза, а также нередкое осложнение нижней блефаропластики, выполненной с избыточным иссечением кожи нижнего века [4, 6–8, 10]. Однако, если функция круговой мышцы глаза не нарушена, а дефицит кожи нижних век отсутствует, свидетельствует ли этот симптом об отклонении от нормы?

В 1987 году Maskinnon S. E. с соавт. сообщили о результатах измерения с помощью гониометра склерального просвета у 100 пациентов [11]. По их данным, наличие определенного склерального просвета – это норма, а его величина в значительной степени определяется углом наклона головы.

При комфортном положении головы и взгляде вперед (наклон головы вперед по отношению к франкфуртской горизонтали в  $5^\circ$  у мужчин и  $7^\circ$  у женщин) частота выраженного склерального просвета (2 мм и более) составила 10%. При этом достоверных возрастных и половых различий Maskinnon S.E. с соавт. зафиксировано не было [11].

Hirmand H. с соавт. (2002 год) при офтальмометрических исследованиях констатировали наличие склерального просвета у трети (33%) из 43 пациентов в возрасте от 29 до 67 лет [12]. Codner M.A. с соавт. (2005 год) при анализе фотоизображений лиц 304 пациентов обнаружили склеральный просвет всего в 7% случаев [13]. Исследование автора статьи показало, что склеральный просвет – это нормальное и весьма распространенное явление, которое встречается практически у каждого третьего человека (в среднем в 31,9% случаев). Такое расположение края нижнего века может быть обусловлено различными, преимущественно анатомическими причинами, и реже встречается в зрелом и пожилом возрасте.

Обобщая сказанное, можно с достаточным основанием утверждать, что наличие даже значительного склерального просвета у ранее

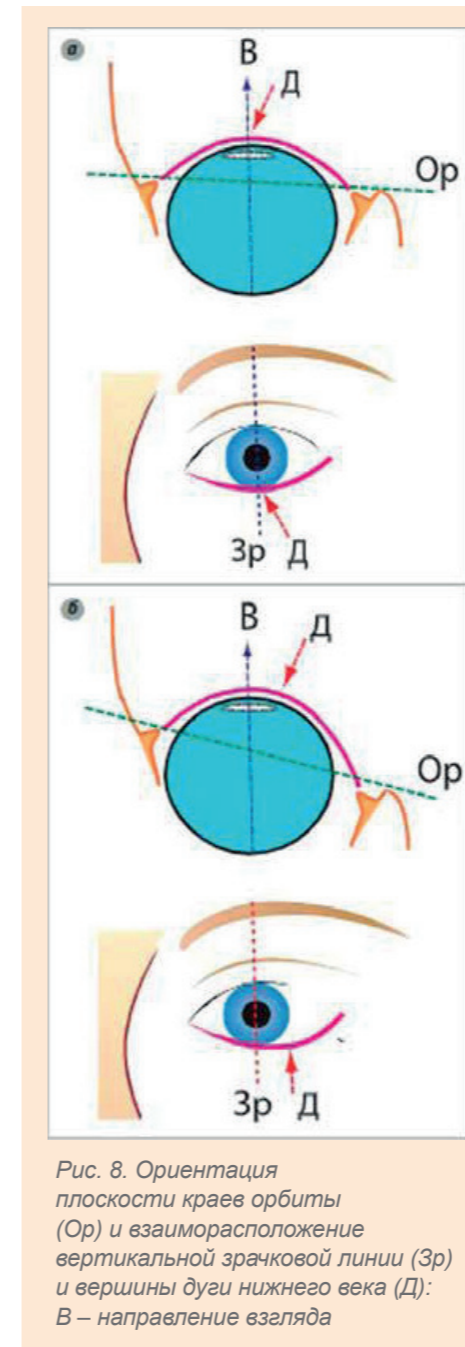


Рис. 8. Ориентация плоскости краев орбиты (Op) и взаиморасположение вертикальной зрачковой линии (Зр) и вершины дуги нижнего века (Д): В – направление взгляда

не оперированных пациентов не является в большинстве случаев признаком какой-либо патологии.

Почему частота встречаемости склерального просвета снижается в зрелом и пожилом возрасте?

Проведенное исследование выявило статистически достоверное уменьшение частоты наличия склерального просвета у пациентов старше 45 лет. Этот факт подтвердился и при исключении из выборки пациентов с минимальным склеральным просветом (до 1 мм), что позволило уменьшить влияние на результаты измерений возможных неточностей в положении головы и прочих ошибок. Все это позволяет прийти к выводу, что возрастное уменьшение частоты и выраженности склерального просвета – установленная закономерность. Причинами данного явления, вероятно, могут быть:

- возрастная гипотрофия интраорбитального жира с понижением уровня глазного яблока при вертикальном положении тела;
- возрастное удлинение элементов мышечно-связочного аппарата при вертикальном положении тела, что увеличивает вертикальную подвижность глазного яблока.

##### Когда склеральный просвет является симптомом осложнения нижней блефаропластики?

С учетом того, что склеральный просвет является, как правило, вариантом нормы, о нем как об осложнении можно говорить только в том случае, если уровень нижних век был отмечен как нормальный до операции и существенно понизился после нее.

Склеральный просвет и расположение дуги тарзального края нижнего века.

Смещение вершины дуги тарзального края нижнего века – частое явление, привлекающее внимание хирургов. Однако данную анатомическую особенность нижних век трудно оценить количественно, и, вероятно, именно по этой причине о латеральном смещении дуги тарзального края нижних век (по отношению к зрачку и лимбу радужной оболочки) в литературе упоминают без детализации – как о «латеральном склеральном просвете» [11, 14] или «латеральном эктропионе» [15, 16].

Почему вершина дуги нижнего века в большинстве случаев (74% во всей выборке пациентов) смещена латерально, и какое влияние это может оказать на возникновение склерального просвета?

По мнению автора статьи, ответ на этот вопрос во многом связан с расположением костных стенок ор-

биты и их ориентацией по отношению к главному яблоку и краю нижнего века (рис. 8). Очевидно, что в абсолютном большинстве случаев тарзальный край нижних век образует дугу под влиянием кривизны и веса глазного яблока. Вершина этой дуги обращена вниз (при вертикальном положении головы). При взгляде вперед зрачок (центр глазного яблока) расположен на уровне вершины дуги только в том случае, если направление взгляда перпендикулярно плоскости, образованной краями орбиты (рис. 8а).

Если латеральные края орбит смещены кзади в большей степени (как вариант анатомической нормы), то при взгляде вперед зрачок будет располагаться относительно медиально, ближе к медиальному кантусу (где тарзальный край века имеет более высокий уровень), а вершина дуги нижнего века, соответственно, будет смещена латерально (рис. 8б).

Понятно, что чем больше выражен этот эффект (прямо зависящий от степени задней инклинации наружного края орбиты), тем меньше будет вероятность образования склерального просвета из-за приближения тарзального края нижнего века к уровню смещенного медиально центра глазного яблока.

Это позволяет с достаточными основаниями предположить, что если бы не латеральное расположение вершины дуг нижних век всего у 74,0% пациентов, то констатированная автором статьи высокая частота склерального просвета (44,5% в I группе пациентов и 29,9% во II) была бы еще более высокой. Данное предположение подтверждается фактами отсутствия scleralshow у некоторых пациентов со значительным «латеральным птозом» тарзального края нижних век (рис. 9).

Описанные взаимосвязности позволяют утверждать, что чем более выражено латеральное смещение дуги нижнего века (при вертикальном положении головы), тем больше угол задней инклинации плоскости орбиты и тем выше погрешность оценки наличия (отсутствия) склерального просвета у конкретного пациента.

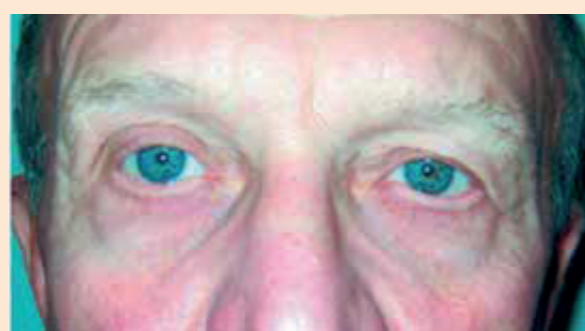


Рис. 9. Выраженный латеральный птоз левого нижнего века при отсутствии склерального просвета у пациента 69 лет

#### Склеральный просвет и отрицательный вектор строения (ОВС) скелета суборбитальной зоны лица.

Сутью ОВС скелета суборбитальной зоны лица как варианта ее нормальной анатомии является расположение переднего края глазного яблока (при вертикальном положении головы) значительно кпереди от нижнего края орбиты, поверхность которой скошена в заднем направлении [17, 18–20]. Вследствие этого ткани нижнего века теряют значительную часть вертикальной поддержки, вертикальная нагрузка на тканевые структуры века существенно возрастает, а его тарзальный край смещается вниз. Проявлением этого смещения является склеральный просвет. Проведенное автором статьи исследование не предусматривало оценку весьма вероятной связи между этими факторами.

#### Склеральный просвет и экзофтальмия.

Значительные размеры глазных яблок и их смещение кпереди способствуют образованию склерального просвета [12, 21].

Hirmand H. с соавт. в 2002 году на основании офтальмометрических исследований установили, что увеличение степени экзофтальмии сопровождается увеличением частоты формирования склерального просвета [12].

Склеральный просвет и вертикальная подвижность мягких тканей лица.

Хорошо известно, что вертикальная подвижность мягких тканей лица – это индивидуальная характеристика, которая существенно отличается у разных людей [9, 22].

При значительной подвижности кожно-жирового (кожно-мышечного) слоя происходит его заметное перемещение вниз при изменении горизонтального положения на вертикальное. Нижние веки также участвуют в этом движении, в результате чего образуется склеральный просвет.

#### Склеральный просвет и латеральный кантальный угол.

Проведенное автором исследование показало, что величина ЛКУ не оказывает существенного влияния на частоту и выраженность склерального просвета. Тот факт, что в группе пациентов молодого возраста частота склерального просвета была существенно выше при положительном ЛКУ в сравнении с его нулевым значением ( $p < 0,01$ ), свидетельствует о том, что с увеличением угла краниальной инклинации межкантальной оси условия для образования склерального просвета становятся более благоприятными, поскольку при более высоком расположении наружного кантуса нижнее веко играет более значимую роль в поддержании глазного яблока и поэтому испытывает большую нагрузку.

#### Склеральный просвет и диагностика пациентов группы риска.

Наличие склерального просвета само по себе позволяет включить данного пациента в группу риска и делает необходимым дополнительное изучение возможных причин этого явления. Простым и надежным методом предварительной дифференциальной диагностики причин возникновения склерального просвета является оценка положения нижних век в вертикальном, а затем в горизонтальном положении пациента. Эта разница хорошо определяется уже в операционной (рис. 10), хотя с меньшими позиционными погрешностями это можно сделать еще при первичном осмотре. В положении пациента лежа влияние анатомических факторов (способствующих образованию склерального просвета) устраняется. Поэтому если в горизонтальном положении уровень нижних век существенно повы-



Рис. 10. Значительные различия положения нижних век при первичном осмотре пациентов (в вертикальном положении) (а, в, д) и на операционном столе (в горизонтальном положении) (б, г, е)

шается (а склеральный просвет уменьшается или исчезает), значит именно анатомическая (!) группа факторов является ответственной за возникновение данного симптома. Соответственно, это ставит перед хирургом задачу выявления конкретных причин снижения уровня нижних век с внесением соответствующих корректив в план предстоящей операции.

#### О роли склерального просвета и причинах его формирования.

Проведенное автором исследование показало, что симптом склерального просвета – это, с одной стороны, вариант нормы, а с другой – признак значительной вертикальной подвижности тарзального края нижнего века (при открытых глазах и вертикальном положении головы).

У пациентов с наличием склерального просвета в течение дня открыта и подвержена высыханию более значительная поверхность глазного яблока.

И, если в молодом возрасте это может никак не проявляться, то с развитием в организме инволюционных процессов и снижением слезопродуктивной функции в данной группе пациентов весьма вероятно более частое и раннее развитие синдрома «сухого глаза» с более выраженной симптоматикой.

С другой стороны, пациенты с наличием симптома склерального просвета являются более чувствительными и к операциям нижней блефаропластики, так как даже без иссечения кожи и мышцы нижнего века развитие послеоперационной (рубцовой) ретракции тканей и (или) гипотонии круговой мышцы глаза может в еще большей степени понизить уровень тарзального края век со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Материалы автора статьи и литературные данные позволяют разделить многочисленные факторы, способствующие формированию склерального просвета, на три большие группы: позиционные, анатомические и функциональные. Любой из этих факторов может оказаться ключевым, хотя чаще встречается их сочетание.

## 5. ВЫВОДЫ

1. Склеральный просвет является вариантом нормы и встречается в среднем у 31,9% пациентов, не оперированных в области нижних век и средней зоны лица. Этот симптом чаще встречается у пациентов молодого возраста (39,8% в группе пациентов до 35 лет)

и существенно реже у пациентов старше 45 лет (23,8%,  $p < 0,001$ ).

2. Симптом склерального просвета носит интегральный характер и свидетельствует о недостаточной вертикальной поддержке тканей нижнего века и, как следствие, о его избыточной вертикальной подвижности. Объективная оценка склерального просвета требует от хирурга уточнения причин возникновения данной анатомической особенности с последующим внесением адекватных корректив в план операции по омоложению средней зоны лица.

3. Наличие склерального просвета у кандидатов на операцию нижней блефаропластики и лифтинг средней зоны лица позволяет включить их в группу повышенного риска возникновения в послеоперационном периоде осложнений, связанных с ослаблением и дополнительным опущением края нижних век.

4. Оценка склерального просвета на фронтальных фотоизображениях лиц пациентов является простым и надежным свидетельством относительно низкого положения тарзального края нижних век и требует исключения позиционных ошибок фоторегистрации.

# Мезотерапевтическая коррекция возрастных изменений в зоне «ЛИЦО – ШЕЯ – ДЕКОЛЬТЕ»

Мы часто слышим от пациенток фразу, что хочется стать моложе, но «так, чтобы окружающие не заметили, что я что-то делала». Сохранить тонкий баланс между выраженным результатом и его естественностью непросто. Эту задачу можно решить лишь с помощью эффективных и высококачественных мезопрепаратов.



**Наталья Михайлова,**  
к. м. н., врач-дерматовенеролог, косметолог, Россия

В данном мастер-классе мы хотели бы продемонстрировать вам мезотерапевтическую процедуру естественного омоложения лица с использованием нового уникального препарата CAVI Lift HA (SKINASIL, Lab. THOSCANE, Россия). Благодаря синергичному действию его компонентов, этот комплексный, готовый к применению препарат восстанавливает коллагеновую и эластиновую сеть, является выраженным регенерантом кожи. Особенно эффективен он для коррекции возрастных изменений у пациентов мелкоморщинистого и усталого морфотипов, а также стимуляции регенераторных процессов, в том числе при подготовке кожи к травматичным процедурам и реабилитации после них. Уникальность препарата CAVI Lift HA заключается в том, что он объединяет два подхода к омоложению в мезотерапевтической косметологии, а именно – запуск собственных внутриклеточных процессов и доставку «строительного материала» в клетку. В результате активация обменных процессов и жизнедеятельности клеток закономерно приводит к улучшению эстетических показателей кожи. Основной компонент препарата CAVI Lift HA – экстракт икры, богатый природными полинуклеотидами (2%) – естественными сигнальными молекулами. Благодаря низкой молекулярной массе они способны проникать в клетку путем пиноцитоза. Нуклеиновые кислоты нормализуют обменные процессы и регулируют водный баланс в тканях, находящихся в состоянии хронической гипоксии любой этиологии. Благодаря им аминокислоты гидролизатов коллагена и эла-

## ЛИТЕРАТУРА

1. Грищенко С. И. Эстетическая хирургия возрастных изменений век. М.: «Издательство «Медицина», 2007; 216 с.
2. Tremblay J-F. Анатомические основы блефаропластики. В кн.: «Блефаропластика». Под ред. Р.Л. Моя и Э.Ф. Финчера. Пер. с англ. М.: «РидЭлсивер», 2009; 1–9.
3. Rizk SS, Matarasso A. Lower eyelid blepharoplasty: analysis of indications and the treatment of 100 patients. *PlastReconstr Surg* 2003; 111(3):1299–1306.
4. Patel MP, Shapiro MD, Spinelli HM. Combined hard palate spacer graft, midface suspension, and lateral canthoplasty for lower eyelid retraction: a tripartite approach. *PlastReconstr Surg* 2005; 115(7):2105–2014.
5. Odunze M, Rosenberg DS, Few JW. Periorbital aging and ethnic considerations: a focus on the lateral canthal complex. *PlastReconstr Surg* 2008; 121(3):1002–1008.
6. Pacella SJ, Codner MA. Minor complications after blepharoplasty: dry eyes, chemosis, granulomas, ptosis,

and scleral show. *PlastReconstr Surg* 2010; 125(2):709–718.

7. Hamra ST. The evaluation and management of lower eyelid retraction following cosmetic surgery by Michael Patipa. (Discussion). *PlastReconstr Surg* 2000; 106(2):454–457.

8. Lowe JB, Cohen M, Hunter DA, Mackinnon SE. Analysis of the nerve branches to the orbicularis oculi muscle of the lower eyelid in fresh cadavers. *PlastReconstr Surg* 2005; 116(6):1743–1749.

9. Белоусов А.Е. Формула тканей лица и ее применение в пластической хирургии. *Эстетическая медицина* 2006; 5(3):301–316.

10. Fezza JP. Nonsurgical treatment of cicatricial ectropion with hyaluronic acid filler. *PlastReconstr Surg* 2008; 121(3):1009–1014.

11. Mackinnon SE, Fielding JC, Dellon AI, Fisher DM. The incidence and degree of scleral show in normal population. *PlastReconstr Surg* 1987; 80(1):15–20.

Полный список литературы в редакции

Источник: ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ, 2010 (2)  
<https://studylib.ru/doc/2315127/1vvedenie-plasticheskaya-hirurgiya-i-kosmetologiya>



Рис. 1. Сосудистый этап. Инъекции вдоль позвоночника в классической технике.



Рис. 2. Сосудистый этап. Обработка верхней части спины в технике «срединный наппаж».



Рис. 3. Собственно сеанс мезотерапии. Диффузная обработка лица в классической технике.

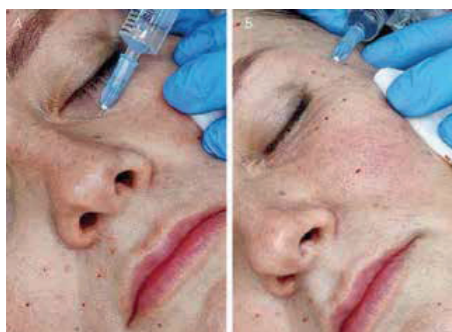


Рис. 4. Обработка периорбитальной области в технике «микропапулы»

стина, которые являются «строительным материалом», эффективно захватываются и используются клетками для построения классического трехспирального волокна коллагена. Высокомолекулярная гиалуроновая кислота в концентрации 0,3%, входящая в состав препарата CAVI Lift HA, мгновенно увлажняет кожу и устраняет обезвоженность, наполняет влагой дерму, расправляет межклеточный матрикс, уменьшая глубину морщин и повышая тургор кожи. Она формирует бесперебойную систему коммуникации между клетками кожи и обеспечивает транспорт всех веществ межклеточного матрикса. Гиалуроновая кислота опосредованно стимулирует биосинтетическую активность фибробластов и создает идеальные условия для их функционирования, что позволяет полноценно синтезировать компоненты межклеточного матрикса, а именно молодой коллаген, эластин и собственную гиалуроновую кислоту. Она также обеспечивает антиоксидантную защиту и улучшает регенераторные способности кожи.

Центелла азиатская, также входящая в состав препарата, обладает ангиопротекторным действием, улучшает микроциркуляцию, стимулирует репаративные процессы и регенерацию, нормализуя заживление кожи. Соединение в одном мезококтейле субстрата для синтеза коллагена и гиалуроновой кислоты с дезоксирибонуклеотидами, обеспечивающими внутриклеточную активность, гарантируют эффективное действие омолаживающего препарата. CAVI Lift HA является идеальным препаратом комплексной терапии для усталого и мелкоморщинистого морфотипов. Он значительно повышает тургор и эластичность кожи, восстанавливает ее здоровый блеск, уменьшает глубину морщин, восстанавливает гидрорезерв кожи и нормализует обменные процессы в тканях.

**Показания:** возрастные изменения кожи – снижение тургора и эластичности. Мелкие и глубокие морщины. Обезвоженная кожа и кожа, склонная к сухости. Симптомкомплекс «стрессорная кожа» (серый, тусклый цвет лица, кожа курильщика).

**Цель:** омоложение, гидратация, питание, уменьшение выраженности возрастных изменений, подтяжка овала лица.

**Продолжительность процедуры:** 45 минут.

**Препараты (SKINASIL, Lab. THOSCANE):** 1. CAVI Lift HA, 5,0 мл; 2. Gibilan, 2,0 мл; 3. Silikin 0,5%, 5,0 мл.

**Расходные материалы:**

1. шприцы объемом 5 мл с системой Luer-lock; 2. иглы: 0,3 × 4 мм (30G), 0,3 × 13 мм (30G), 0,26 × 4 мм (31G);

3. водный раствор хлоргексидина 0,05%; 4. POSTINJECT Cream (MESALTERA by Dr. Mikhaylova, Lab. THOSCANE).

**Рекомендуемый курс:** 5–7 процедур с интервалом 1 раз в неделю (в зависимости от выраженности возрастных изменений).

## ПРОТОКОЛ ПРОЦЕДУРЫ I ЭТАП. СОСУДИСТЫЙ

**Коктейль:** Gibilan – 2,0 мл; Silikin 0,5% – 2,0 мл.

**1-й подэтап:** инъекции выполняются равномерно вдоль позвоночника сверху вниз от края черепа до пояснично-крестцового сочленения. 1-я линия инъекций: между остистыми отростками позвонков. 2-я и 3-я линии инъекций: паравертебрально, справа и слева от 1-й линии инъекций на расстоянии 1,5 см и 2,0 см соответственно. Расстояние между точками инъекций: 1,5–2,0 см. Глубина инъекций: 4,0 мм. Техника: классическая (рис. 1).

**2-й подэтап:** по 2 линии инъекций параллельно позвоночнику с одной и другой стороны, расположенных на расстоянии 4 см и 6 см от позвоночного столба на уровне между линиями надплечий и нижним углом лопаток. Расстояние между точками инъекций: 1,5–2,0 см. Глубина инъекций: 4,0 мм. Техника: классическая.

**3-й подэтап:** обработка проекции магистральных сосудов верхних конечностей. Проекцию *venacephalica* обрабатывают двумя параллельными рядами инъекций по внутренней поверхности руки, начиная от лучезапястного сустава, двигаясь к локтевому и затем к плечевому суставу до аксиллярной ямки. Расстояние между точками инъекций: 2,0 см. Расстояние между линиями инъекций: 0,5–1,0 см. Глубина инъекций: 2 мм. Техника: классическая.

**4-й подэтап:** с помощью техники «срединный наппаж» обрабатывается верхняя часть спины до нижнего угла лопаток, ширина обрабатываемого столбца – 5–6 см латеральнее центральной линии в каждую сторону. Инъекции выполняются в виде параллельных линий, которые затем закрываются перпендикулярными линиями в виде сетки. Расстояние между точками инъекций: 0,3–0,5 см. Расстояние между линиями инъекций: 0,5 см. Глубина инъекций: срез иглы. Техника: срединный наппаж (рис. 2).

## II ЭТАП. СОБСТВЕННО СЕАНС МЕЗОТЕРАПИИ

Препарат: CAVI Lift HA — 5,0 мл. Диффузная обработка зоны «лицо-шея-декольте» (рис. 3). Расстояние между точками инъекций на лице: 1,0 см; шея: 1,5 см; декольте: 2,0



Рис. 5. Линейная техника обработки носогубных и губоподбородочных складок.



Рис. 6. Дополнительная обработка «колец Венеры» папульной техникой.

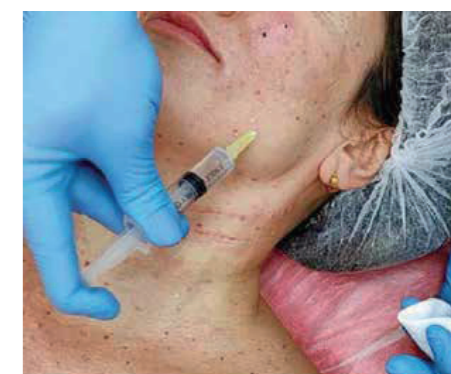


Рис. 7. Обработка области лицо-шея-декольте в технике «срединный наппаж».



Рис. 8. Результат после курса из 5-ти процедур с интервалом в 7-10 дней.

см. Глубина инъекций: 2 мм. Техника: классическая. Иглы: 0,3 × 4 мм (30G); 0,26 × 4 мм (31G).

### III ЭТАП. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ТЕХНИКИ

Препарат: CAVI Lift HA.

1. *Микропапульная техника.* Периорбитальную область обрабатывают в шахматном порядке, не доходя 0,5-1 см до внутреннего угла глаза. Диаметр папул: 1 мм. Расстояние между папулами: 3-5 мм. Иглы: 0,26 × 4 мм (31 G) (рис. 4).

2. *Линейная техника А.* Носогубные и губо-подбородочные складки – обработка веером (из одной точки вкола три самостоятельных последовательных линейных веера: первый – по складке, второй – на 30 градусов латеральнее, третий – на 30 градусов медиальнее) (рис. 5).

Б. Морщины межбровья обрабатываются травматичным вариантом линейной техники – тоннельной (игла вводится срезом вверх параллельно поверхности кожи, при это она должна контурировать, но не просвечивать через кожу), вхолостую игла вводится и выводится из раневого канала трижды, затем на выходе иглы из кожи вводится препарат. Иглы: 0,3 × 13 мм (30 G).

3. *Техника «Папулы».* Поперечные морщины шеи – «кольца Венеры» – обрабатываются техникой «папула-за-папулой» (рис. 6). Диаметр папул: 2 мм. Расстояние между папулами: минимальное. Иглы: 0,3 × 4 мм (30 G), 0,3 × 13 мм (30 G).

4. *Срединный наппаж.* Препарат: CAVI Lift HA, оставшийся после предыдущих этапов. Область щек и подбородка обрабатывается техникой «срединный наппаж». Рука движется по типу «руки паркинсона», игла под углом 30 градусов к коже, срезом вверх.

Инъекции выполняются при постоянной подаче препарата в виде насечек на коже, параллельными линиями, которые закрывают перпендикулярно в виде сетки. Глубина инъекций: срез иглы (рис. 7). Иглы: 0,3 × 4 мм (30 G), 0,26 × 4 мм (31 G).

Отличительной особенностью, указывающей на правильность выполнения техники, является появление капли крови, но через несколько секунд после ряда инъекций. Если капля крови образуется непосредственно после инъекции – вы выполняете технику «глубокий наппаж». После процедуры необходимо провести антисептическую обработку водным раствором хлоргексидина.

Для снижения красноты и отечности наносим POSTINJECT Cream. Он подавляет нейрогенное воспаление на всех стадиях, быстро устраняя покраснение и отек, снижает жжение, моментально успокаивает кожу, способствует быстрому заживлению и восстановлению. На рис. 8 представлен результат после курса из 5-ти процедур с интервалом 7–10 дней. Значительно улучшилось качество кожи, стал менее выражен носогубный залом и складка. Особенно яркий результат в периорбитальной области – выраженное уменьшение числа морщин, улучшение тонуса кожи и эластичности.



## ИСТИНА В ПОСЛЕДНЕЙ ИНСТА КОМУ Instagram заменил сарафанное радио

«Я строго-настрого не рекомендую выполнять работы с пожилыми и некрасивыми. Если вы хотите зарабатывать деньги, следует излучать сексуальную свежесть», - наставляет подписчиков своего закрытого Instagram-аккаунта главный провокатор отечественной косметологической индустрии-2018, мелкий поставщик продуктов и коуч Емельян Браудэ. На него подписаны более 36 тысячи человек - врачей-косметологов, специалистов со средним медобразованием и просто «сочувствующих». Браудэ превратил свой Instagram в действенный инструмент продвижения авторских методик по всей стране, но все-таки в узком b2b-сегменте. Тогда как врачам, вышедшим

через Instagram к пациентской аудитории, удалось добиться гораздо более впечатляющих результатов, а именно сотен тысяч подписчиков. Что и кому это дает?

### ФОТОУВЛЕЧЕНИЕ

Как показал мониторинг Vademecum, 20 тематических аккаунтов с наибольшим числом подписчиков объединяют более 13 млн человек. И пока в клиниках только размышляют, какую соцсеть использовать для продвижения бренда, и сомневаются в высокой конверсии, отдельные врачи куют авторские бренды, расширяют клиентскую базу и даже зарабатывают на рекламе.

Первое место по охвату в России, вообще-то, занимает «ВКонтакте». По данным TNS, аудитория этой соцсети превышает 20 млн человек в месяц. Instagram – на втором месте, ее ежемесячный трафик в компании по работе с контентом Insense оценивали в 14,4 млн пользователей.

Возможно, эти цифры выше: сервис свою статистику почти не раскрывает, а Facebook в 2017 году насчитал в ежемесячной российской аудитории Instagram аж 22 млн пользователей! Сам Facebook в России, по данным TNS, собирает лишь 7,4 млн пользователей.

Следствие популярности Instagram – большее количество желающих продвинуть в сети себя и свои услуги, параллельно зарабатывая на рекламе. Медицина в этом смысле – не исключение, однако наибольший успех в соцсетях имеют не состоявшиеся офлайн профильные бренды, а аккаунты «с человеческим лицом».

По мнению соучредителя сети клиник «Рассвет» Евгения Бойченко, преимущество врача в Instagram в том, что он «может рассказывать долгую личностную историю»: «Клиника – это, в общем и целом, бездушный механизм, и для того, чтобы этот бездушный механизм стал одушевленным, ему необходима представительность, лицо».

По подсчетам агентства Primum, даже крупнейшие медицинские операторы пока не смогли собрать в соцсетях хотя бы 100 тысяч подписчиков. Например, на лидера рейтинга «ТОП100 частных многопрофильных клиник» ГК «Мать и дитя» в Facebook, Instagram и «ВКонтакте» совокупно подписаны порядка 75 тысяч человек, на EMC – около 50 тысяч, на ГК «Медси» – 25 тысяч.

Две самые SMM-успешные медицинские компании за пределами

ТОП100 – московская клиника «Рассвет» (более 7 тысяч подписчиков в Facebook) и пока не открывшаяся «Ильинская больница» (более 28 тысяч подписчиков в Facebook). В Instagram, при этом, их показатели скромнее – 4 тысячи и менее 2,5 тысячи соответственно.

Врачи, как показал мониторинг Vademecum, привлекают гораздо большее число потенциальных пациентов. Первичный поиск Instagram-звезд проводился по ключевым словам «врач» и «доктор», далее по наиболее популярным специализациям – больше всего подписчиков оказалось у стоматологов, педиатров, эндокринологов, пластических хирургов, кардиологов и диетологов.

Зная о мудрости алгоритма выдачи результатов поиска в Instagram, учитывающего предпочтения и даже геолокацию автора запроса, мы провели дополнительный поиск с другого аккаунта. Отобранные таким образом блоги были ранжированы по численности подписчиков.

### МЕДИА ВСАДНИК

Истинно медийных персонажей, имеющих популярность в Instagram именно благодаря своей засвеченности в традиционных медиа, оказалось лишь два – Евгений Комаровский и Елена Малышева. Однако если для них

платформа Instagram – лишь дополнительная опция в поддержании именного бренда, то для всех остальных – рабочий инструмент для расширения пациентской аудитории.

«Я сразу настроилась, что буду вести блог не только для себя, хотя, признаться, мне до сих пор доставляет удовольствие делиться историями из жизни, своими фото и забавными кадрами из семейной хроники», – кокетничает специалист по превентивной и интегральной медицине Наталья Зубарева, на которую в Instagram подписаны 1,8 млн человек.

До 2017 года терапевт, кардиолог и эндокринолог Зубарева была вполне традиционным врачом. Работала «в одной из муниципальных больниц Краснодара», а затем, как говорится на ее персональном сайте, в частной клинике. В прошлом году практика клинициста заиграла всеми медиа-красками. Накопив 1 млн подписчиков в Instagram, доктор стала вести рубрику о здоровом питании на телеканале «Пятница», выходить в эфир «Авторadio», выпустила книгу о гормонах, как она сама утверждает, тиражом 200 тысяч экземпляров.

Параллельно Наталья Зубарева продвигает собственную систему питания и гастролирует с семинарами для пациентов. В разделе «Международный тур» на ее сайте значатся мероприятия в Москве, Санкт-Петербурге, Челябинске, Воронеже, Белгороде и Новосибирске.

### ТОП 20 ВРАЧЕЙ ПО КОЛИЧЕСТВУ ПОДПИСЧИКОВ В INSTAGRAM

Ранг	Имя	Специализация	Подписчики	Доля живых**
1	Евгений Комаровский @doctor_komarovskiy	Педиатрия	4000	90,7%
2	Наталья Зубарева @doctor_zubareva	Превентивная и антивозрастная медицина	1900	86,5%
3	Владимир Животов @vladimirzhivotov	Остеопатия	1000	88,5%
4	Лилия Кузьменкова @dr.kuzmenkova	Стоматология	773	81,3%
5	Юлия Селюткина @stomatolog_selyutina	Стоматология	752	87,2%
6	Ольга Белоконов @doctor_belokon	Акушерство и гинекология	649	90,2%
7	Елена Малышева @malysheva.live	Семейная медицина, ЗОЖ и пр	602	90,8%
8	Альбина Комиссарова @doctor_komissarova	Диетология	413	89,4%
9	Татьяна Колотова @doctor_kolotova	Гомеопатия, семейная медицина	389	90,3%
10	Александр Газаров @gazarovalexandr	Стоматология	352	86,5%
11	Елена Аньшина @dr.anshina	Кардиология	348	84,7%
12	Владислав Григорянц @vladislav_grigoryants	Пластическая хирургия	293	74,4%
13	Алесь Улиценко @dr_ales	Остеопатия	269	84,1%
14	Сеймур Алиев @drseymuraliev	Пластическая хирургия	265	72,9%
15	Александр Евдокимов @osteopat_evdokimov.a	Остеопатия	238	87,6%
16	Вячеслав Арбатов @viacheslav_arbatov	Пластическая хирургия	235	71,2%
17	Валерий Иванов @pediatrivanov	Педиатрия	226	86,9%
18	Виктория Филимонова @dr_viki	Косметология и превентивная медицина	221	82,4%
19	Анастасия Мокрова @dr.mokrova	Акушерство и гинекология	211	81,7%
20	Андрей Лычагин @androlog_msk	Урология и андрология	151	84,4%

Тематика блога

Кол-во подписчиков, тысяч\*

Доля живых\*\* подписчиков, %

Источники: Vademecum, HypeAuditor  
\* на 14 декабря 2018 года

\*\* действия подписчиков аналогичны тем, которые совершают в соцсети люди, а не роботы

Клики о помощи. Клиническая SMM-активность

Клиника/сеть	Количество подписчиков, тысяч		
	Facebook	Instagram	ВКонтакте
Медси	14,4	6,3	3,8
Семейная	11,8	12,3	22,5
СМ-Клиника	4	2	2
EMC	31	3,2	11
Мать и дитя	15	48,5	7,6
ОАО "Медицина"	14,6	4,2	6,3
Будь здоров	0,293	0,641	3,7
Ниармедик	12	0,7	9,2
АО "Семейный доктор"	1,2	0	1,3
Альфа-Центр здоровья	7,5	1	10

Источники: Primum, Incogore, Инсайт

Зубарева признается, что не все ее пациенты приходят из Instagram, «хотя таких, конечно, очень много». Чего не скажешь об аудитории для семинаров и рекламодателей. Только с августа по декабрь 2018 года на ее страничке появились около 10 рекламных постов (без учета трансляций в stories и «прямых эфирах»).

«Рекламных постов у меня по сравнению с другими блогерами-миллионниками существенно меньше. Ничего зазорного в рекламе я не вижу – это нормально, в блог вкладывается много сил, написать пост – дело не одной минуты, а для читателей все это море информации, в том числе абсолютно уникальной, доступно совершенно бесплатно», – объясняет Зубарева.

К бесплатному «уникальному» контенту апеллировал и другой популярный доктор из Instagram – остеопат и краниопостуролог, основатель авторской клиники Владимир Животов, активность которого Vademecum заметил еще в 2016 году. Тогда его аккаунт насчитывал лишь 120 тысяч подписчиков, но стоимость приема уже озвучивалась на уровне 50 тысяч рублей. С тех пор Животов нарастил свою Instagram-аудиторию до 1 млн подписчиков. За пределами соцсети Животов зарабатывает не только на приемах, но и на семинарах для желающих освоить «основы краниопостурологии».

Традиционный для Instagram «визуальный» контент используют только те, кто им располагает, то есть стоматологи, косметологи и пластические хирурги, привлекающие внимание эффектом «до/после». Примечательно, что косметологи и те, кто себя к ним причисляют, берут засильем аккаунтов. Самый популярный в этой нише – профиль Лейлы Роз, имеющей 148 тысяч читателей. Зато в ТОП5 лидеров два стоматолога – Лилия Кузьменкова и Юлия Селютина.

Но в основном Instagram-доктора работают с текстовым контентом – развенчивают мифы, отвечают на вопросы о здоровье, в общем, по мере сил, просветительствуют.

«Плотно заниматься блоготом я стала около полутора лет назад. Почему я решила его завести? Тогда это только начиналось, и в Instagram было не так много медицинских блогов, я больше была читателем. Завела с просветительской целью. Крупных кардиологических блогов вообще не было, я стала первопроходцем. Да и сейчас, на самом деле, заметных блогов на эту тему нет», – говорит кардиолог Елена Аньшина.

Более 80% аудитории попавших в выборку Vademecum аккаунтов врачей – женщины. Поэтому особенной популярностью в соцсети пользуются профили, повествующие о детском и женском здоровье, разбирающие вопросы эстетических вмешательств и процедур.

Из «мужских» специалистов в «топ» удалось выбиться только одному – урологу-андрологу Андрею Лычагину, на блог которого подписаны 150 тысяч человек. Он ведет прием в трех московских клиниках – «Я здорова», «Клинический госпиталь на Яузе», «докторPROFF», но продвигает, естественно, только себя. Его блог тоже состоит в основном из обширных информационных постов вроде «5 фактов о простате», «Мир перестал заниматься сексом» и так далее.

Конверсию охвата в конкретные приемы никто пока не оценивал. По ощущениям Зубаревой, не все ее пациенты приходят из Instagram, «хотя таких, конечно, очень много».

Показателен пример Емельяна Браудэ, который, продвигаясь только в Instagram, смог привлечь внимание к своим техникам и обучить более 1 500 врачей, заработав на этом более 20 млн рублей.

### ОФФТОП ТЫ БЫЛ ЗДОРОВ

Беда в том, что проверить уровень квалификации блогера и достоверность публикуемых им материалов невозможно, а сама площадка этой проблемой не отягощается. В «Правилах сообщества» говорится только о необходимости ценить интеллектуальную собственность и соблюдать законы, в частности, нельзя предлагать запрещенные или от-

пускаемые по рецепту препараты. В аккаунтах докторов такого вида рекламы и нет – в основном это собственные услуги, коврики для йоги, косметика, БАДы, витамины и другая «нерецептурная» продукция.

Другое дело, контент. «К сожалению, даже не врачи считают возможным говорить, как надо или не надо лечиться – вот это страшно на самом деле. Я разбирала у себя на странице неоднократно, как какая-нибудь мамочка начинает говорить, что не надо делать прививки, например. Или биолог, у которого свои протоколы лечения, например кофейными клизмами», – сетует Елена Аньшина.

Пытаются собирать свою аудиторию в Instagram и студенты-медики, еще не практикующие, но уже позиционирующие себя как профессионалы. По словам врача Института пластической хирургии и косметологии Антона Захарова, начинающие или будущие хирурги с помощью раскрученных аккаунтов не просто привлекают будущих клиентов, но и приглашают их на реальные консультации.

«При этом они не обладают достаточным уровнем знаний и навыков для проведения операций, – говорит хирург. – Этот тренд настолько захватил информационное поле, что состоявшиеся опытные врачи вынуждены проявлять повышенную активность в социальных сетях, чтобы обезопасить пациентов».

Инструменты для управления аккаунтом и его продвижения врачи используют стандартные – готовят контент (самостоятельно или с помощью копирайтера), ставят хештеги, анализируют статистику, организуют коллаборации со звездами. Кто-то не гнушается и сервисами массовой подписки.

Однако, судя по внешним признакам, все действительно популярные доктора к этому инструменту почти не обращаются. Их аудитория, по данным сервиса HypeAuditor, в среднем на 85% как «живая» – то есть действия их подписчиков аналогичны тем, которые совершают в соцсети люди, а не роботы.

Затраты на продвижение профиля зависят от того, кто и как им, собственно, занимается – автор, частные SMM-эксперты или профиль-

ные компании. Сами врачи подобные вложения раскрывают без охоты. По словам Аньшиной, ее расходы за 1,5 года достигли примерно 1 млн рублей. Это сопоставимо с «пакетными» предложениями специализированных агентств, которые за 1,5–1,8 млн рублей в год обещают организовать полное сопровождение аккаунта – от разработки концепции и создания контента до проведения флешмобов, марафонов для подписчиков и поиска рекламодателей.

Врачи-блогеры – вариация «звездных» врачей, работать с которыми клиникам непросто, говорят участники офлайн-рынка. По мнению Бойченко, «зависимость от одного сотрудника – это всегда плохо», поэтому сейчас клиники начинают смотреть на врачей-блогеров как на деловых партнеров: «Такие отношения могут давать взаимную выгоду. Гораздо сложнее, если клиника берет на работу человека, который в ее стенах набирает популярность, а потом уходит из клиники, уводя за собою трафик».

В ГК «Медси», например, выбрали такую схему: работающая в клинике команда маркетологов учит желающих работать с разными платформами и развивать собственный профиль, однако сотрудники при этом должны упоминать в публикации «Медси».

Аналогичной тактики придерживаются и в региональных клиниках «Национальной медицинской сети» (НМС). «Наши специалисты по SMM-продвижению работают с врачами всех наших клиник – помогают с позиционированием, написанием текстов, формированием личного бренда каждого врача. Логично, что врачи параллельно продвигают и бренд клиники, в которой они работают, – говорит заместитель генерального директора по коммерческим вопросам НМС Константин Калужский. – Прямой корреляции между вложениями в SMM и пациентопотоком пока нет, а если она и появится, то обнаружить ее будет непросто. Поэтому все соцсети для нас одинаково важны как каналы коммуникации с потенциальными клиентами».

Источник: Vademecum №22, 2018

**МЕББМ ҚАЗАҚСТАН-РЕСЕЙ  
МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ  
НУО КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

Казахстанско-Российский Медицинский Университет, действующий на основании лицензии, выданной Министерством образования и науки РК серия АБ за № 0137388 от 2 июня 2010г., предлагает образовательные услуги по постдипломному обучению: переподготовке и повышению квалификации медицинских и фармацевтических работников.

Врачам, специалистам с фармацевтическим образованием и средним медицинским работникам для прохождения циклов переподготовки и повышения квалификации необходимо представить следующие документы:

- заявление специалиста
- копию удостоверения личности;
- копию диплома об окончании ВУЗа;
- копию свидетельства об окончании интернатуры (при наличии);
- документ о прохождении повышения квалификации (последнее обучение)
- сертификат специалиста;
- квитанцию об оплате.

**ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ  
(ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГИЯ) (взрослая, детская)**

■ Переподготовка «Сестринское дело в дерматовенерологии и дерматокосметологии» – 432/8 часа (недель); 648/12 часов (недель) – для медицинских сестер с высшим медицинским образованием, медицинских сестер с навыками работы в дерматокосметологии.

■ Переподготовка «Дерматовенерология» – 864/16 часа (недель) – для специалистов с высшим медицинским образованием по специальности «Педиатрия», «Лечебное дело», «Восточная медицина» и интернатурой – 864/16 часа (недель); при наличии переподготовки по взрослой дерматовенерологии – 432/8 часа (недель) по детскому профилю; при наличии переподготовки по детской дерматовенерологии – 432/8 часа (недель) по взрослому профилю

■ Современная дерматокосметология – 54/1 часа (недель); 108 /2 часа (недель); 216/4 часа (недель) - для дерматокосметологов

■ Актуальные проблемы дерматовенерологии, в том числе детской – 108 /2 часа (недель) 216/4 часа (недель) – для врачей дерматовенерологов.

**АДРЕС:**

г. Алматы, пр. Абылай Хана 51/53,  
каб. 705, 706 (7 этаж)  
Тел.: +7(727) 329 33 05, +7 701 327 01 20  
E-mail: dnpo16@mail.ru,  
alimatol@mail.ru, almaty@tekom.kz

**КАЗАХСТАНСКОЕ ОБЩЕСТВО  
МЕЗОТЕРАПИИ «КОМТИ»  
АССОЦИАЦИЯ КОСМЕТОЛОГОВ  
КАЗАХСТАНА «АККУ»  
УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР «ТЭКОМ»  
ПРИГЛАШАЮТ ВАС НА ОБУЧЕНИЕ:**

■ Курс «Использование препаратов профессиональной линии клеточной космецевтики GERnetic»

- Курс «Основы классической косметологии»
  - «Пластичирующий массаж лица»
  - «Классический массаж лица»
  - «Трансдермальное введение препаратов»
  - «Современные поверхностные пилинги: механические, химические, ультразвуковые»
  - «Массаж лица, шеи, декольте»
  - «Эстетика тела»
  - «Спа технологии»
  - «Стоунтерапия»
  - «Основы восковой депиляции»
  - «Коррекция нарушений микроциркуляции в лечении целлюлита и локальных жировых отложений. Вено-лимфатическая недостаточность»
  - «Трихология»
  - «Принципы anti-age терапии»

■ Курс «Биоревитализация, биорепарация, биологическое армирование: новые возможности, новые методики» (по окончании выдается диплом)

■ Курс «Современные пилинги» (по окончании выдается стартовый набор, согласно тематике пройденного обучения+диплом)

■ Курс «Основы мезотерапии» (по окончании выдается стартовый набор, согласно тематике пройденного обучения+диплом)

- Курс «Основы контурной пластики»
  - Курс «Коррекция: межбровных, горизонтальных морщин лба и морщин наружного угла глаза. Классический филлинг губ и носогубных складок»
  - Курс «Лифтинг средней трети лица. Коррекция носослезной борозды, спинки носа и мочек ушей. Коррекция и лифтинг бровей»
  - Курс «Моделирование овала лица. Коррекция нижней трети» (по окончании выдается диплом)

■ Курс «Основы ботулиновый токсин (ботулинотерапия) в косметологии»

**АДРЕСА:**

г. Нур-Султан, ул. Иманова, 19,  
БЦ «Алма-Ата», офис 604 А  
Тел.: +7 701 741 05 35  
e-mail: astana@tekom.kz

г. Алматы, ул. Карасай батыра, д. 134  
Тел.: +7 (727) 250 84 25, +7 701 761 77 34  
E-mail: almaty@tekom.kz

НАУЧНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ О КРАСОТЕ, СТИЛЕ И КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ

# МЕТАМОРФОЗЫ

**Журнал для специалистов в области эстетической  
и anti-ageing-медицины**

Издается Объединением специалистов эстетической медицины (ОСЭМ)

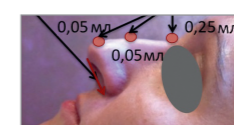
[www.russiansam.ru](http://www.russiansam.ru)

+7 (916) 777-47-87, russiansam@inbox.ru



**ПУБЛИКАЦИИ В КАЖДОМ НОМЕРЕ**

**МАТЕРИАЛЫ  
ПО АНАТОМИИ ДЛЯ  
ПОДГОТОВКИ  
К ДИССЕКЦИОННЫМ КУРСАМ**



**ИНФОРМАЦИЯ О НОВЫХ  
ПРЕПАРАТАХ И МЕТОДИКАХ**

**МОНИТОРИНГ  
ОСЛОЖНЕНИЙ**

**ПОСЛЕДНИЕ НАУЧНЫЕ  
ИССЛЕДОВАНИЯ  
В ОБЛАСТИ  
ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

**ВЕСТНИК  
АССОЦИАЦИИ  
НИТЕВЫХ  
ИМПЛАНТОЛОГОВ**



**ВЕСТНИК МООСБТ  
(СТАТЬИ ПО  
БОТУЛИНОТЕРАПИИ)**



**И МНОГОЕ ДРУГОЕ**

РЕКЛАМА



**ПОДПИСКА И РАСПРОСТРАНЕНИЕ**

Интернет-магазин: <http://косметик-авеню.рф>  
+7 (926) 800-78-66. WhatsApp, Viber +7 (925) 900-72-71

Екатеринбург, Урал, Западная Сибирь:  
ООО «ВОК», +7 (343) 227-50-51, +7 (343) 227-50-55



Электронные версии статей можно приобрести на <http://косметик-авеню.рф>  
и в Российской научной электронной библиотеке eLIBRARY.RU



Национальная Компания Красоты Казахстана  
представляет

2

# СУПЕР-НОВИНКИ НА РЫНКЕ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

## DERMADROP

Model 3



БЕЗ БОЛИ  
БЕЗ УКОЛОВ  
БЕЗ РЕАБИЛИТАЦИИ

АППАРАТНАЯ МЕЗОТЕРАПИЯ БЕЗ ИНЪЕКЦИЙ

КЛИНИЧЕСКИ ДОКАЗАННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ

РЕКОРДНАЯ ОКУПАЕМОСТЬ АППАРАТА: ОТ 4 ДО 6 МЕСЯЦЕВ

WOW-ЭФФЕКТ ПОСЛЕ ПЕРВОЙ ПРОЦЕДУРЫ

100% НЕМЕЦКОЕ ПРОИЗВОДСТВО

## TESLA FORMER

Высоко Интенсивная Магнитная  
Стимуляция HI FMS



Революционная технология  
для стимуляции мышечной  
активности, наращивания  
мышечной массы и уменьшения  
жировых отложений

**1 = 5**  
процедура часов в  
спорт-зале



### ТОЛЬКО В TESLA FORMER:



круговая  
стимуляция  
мышечной  
ткани



4 манипулы  
работают  
одновременно  
= 2 зоны  
за 1 процедуру



Манипулы размера XL и  
XXL, подходят для "пивных  
животов" и клиентов с  
диагностированным  
ожирением



НАЦИОНАЛЬНАЯ  
КОМПАНИЯ КРАСОТЫ  
Адаптивные решения  
для бьюти-бизнеса

www.nbcgroup.kz  
г. Алматы. Ул. Бегалина 136  
+ 7 747 107 84 99  
г. Астана. Переулок Саркырама 1/3  
+ 7 707 470 25 49