Треухуровневая подтяжка лица

И. Ю. Слюсарев¹, Н. И. Слюсарев¹, П. А. Денищук²

¹Клиника пластической косметической хирургии, г. Полтава,

²Медицинский центр «Ана–Космо», г. Киев

Three-level face lifting

I. Yu. Slyusaryev¹, N. I. Slyusaryev¹, P. A. Denischuk²

¹Clinic of Plastic Cosmetic Surgery, Poltava,

²Medical Centre «Ana–Kosmo», Kiev

Реферат

Цель. С помощью ультразвукового исследования (УЗИ) отследить и сравнить качество стабилизации покровных тканей средней зоны лица спустя длительное время после выполнения трехуровневой подтяжки лица и классического SMAS лифтинга.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 40 женщин в возрасте 42 – 70 лет, которым была выполнена подтяжка лица 5 – 8 лет назад. Исследуемую группу составили 20 женщин, которым была выполнена трехуровневая подтяжка лица, контрольную группу – 20 женщин, которым подтяжка лица была выполнена по классической методике.

Результаты. Средние показатели толщины покровных элементов в проекции якорных точек у пациенток спустя 5 – 8 лет после классической подтяжки лица: В – 3,9 мм, D – 5,9 мм, Н – 6,6 мм; после трехуровневой подтяжки лица: В – 4,8 мм, D – 8,5 мм, Н – 6,6 мм.

Выводы. Методика трехуровневой подтяжки лица показана пациентам с выраженными рельефными искажениями средней зоны лица, обеднением суборбитальной и скуловой зон.

Ключевые слова: трехуровневая подтяжка лица; якорные точки на лице.

Abstract.

Objective. To follow-up and to compare a quality of stabilization of covering tissues in middle zone of the face, using ultrasonographic investigations, in long time after performance of a three-level face lifting and classical SMAS lifting.

Materials and methods. In the investigation 40 women-patients, ageing 42–70 yrs old, took part, in whom a face lifting was performed 5–8 yrs before. Investigation group consisted of 20 women, to whom three-level face lifting was performed, and a control one – 20 women, in whom face lifting was done in accordance to classic method.

Results. Median indices of the covering elements thickness in projection of the anchor points in women-patients in 5–8 yrs after classic face lifting have constituted: B – 3.9 mm, D – 5.9 mm, H – 6.6 mm; after three-level face lifting operation: B – 4.8 mm, D – 8.5 mm, H – 6.6 mm.

Conclusion. Method of a three-level face lifting is indicated to the patients, suffering pronounced salient deformities of the face middle zone and depletion of the suborbital and cheekbone zones.

Keywords: three-level face lifting; the anchor points on the face.

Давно уже прошли времена, когда в арсенале пластического хирурга имелось всего лишь несколько операций на лице, а установление диагноза и планирование лечения начинались, так сказать, «с входной двери».

В конце XX века было предложено десятки базисных операций. Еще в 1996 году Оскар Рамирес отметил, что их комбинации, отдельные модификации, сочетание или исключение различных приемов породили очень много хирургических вариантов подтяжки лица. Да и сейчас разработано немало новых интереснейших хирургических процедур и операций [1], которые позволяют достигать более целостный и гармоничный результат омоложения лица.

В практике пластическому хирургу приходится сталкиваться с пациентами с выраженной рельефностью средней зоны лица, обеднением покровных тканей суборбитальной и скуловой зон.

Выбор способа подтяжки лица должен базироваться на анализе возрастного смещения покровных структур.

От этого зависит достижение наиболее естественного результата и максимальное пролонгирование достигнутого лифтингового эффекта. На основании только визуальной оценки смещения мягких тканей можно с высокой долей вероятности судить об индивидуальных особенностях поддерживающего соединительнотканного каркаса и выбирать оптимальный способ их элевации и стабилизации.

F. V. Basile и соавторы на основании клинических наблюдений и гистологических исследований пришли к выводу, что долговременной результативности типичных SMAS пластик можно достигнуть только у пациентов с надежным подкожным соединительнотканым матриксом [2]. V. Lambros и J. M. Stuzin отметили, что возрастные дистрофические изменения жировой структуры лица приводят к ее разобщенному перемещению и выраженным рельефным искажениям [3].

R. J. Rohrich, J. E. Pessa в 2007 и 2008 гг. опубликовали данные о детальной анатомической взаимосвязи между

поверхностными жировыми отсеками лица и отрогами фасциальных листков. По их мнению, структурные жировые блоки лица разделены между собой фасциальными мембранами, которые являются производными поверхностной фасции [4 – 6].

Скуловой блок состоит из меньшего латерального и объемного медиального суборбитальных жировых отсеков. Медиальный отсек является автономной и наиболее подвижной структурой. При возрастном смещении он контурируется рельефным валиком над верхней частью носогубной борозды.

Щечный блок также состоит из двух автономных сегментов. Это латеральный щечный жир, который с возрастом перемещается с боковой поверхности щеки и визуализируется над нижней частью носогубной борозды и наружным углом рта. Нижнечелюстной сегмент смещается от угла нижней челюсти вперед и вниз и останабливается латеральнее и ниже ротоподбородочной борозды.

Шейный блок включает в себя над- и подплатизмарные плоскостные жировые слои, возрастное смещение которых очень незначительно. Рельефность тканей обусловлена индивидуальными особенностями соединительнотканного матрикса и возрастной гипертрофией жировой клетчатки.

Когда дистрофические изменения затронули кожно-надкостничные связки и опорную структуру самого щечного жира, необходимо прибегать к специфическим приемам лицевой пластики.

Подтягивание единого блока SMAS при выраженной медиализации покровных структур лица не может обеспечить надежную стабилизацию разобщенных жировых блоков. Спустя относительно короткое время после операции рельефные искажения скуловой области и щеки образуются вновь. Возникает диспропорциональный лифтинговый эффект, проявляющийся значительным различием отдаленных результатов в средней и нижней частях лица. S. T. Namga определил этот эффект как короткосрочный с долгосрочными недостатками [7, 8].

Одной из основных задач эстетической хирургии лица является именно воссоздание объемной гармонии. Возможность повлиять на возникшую рельефность покровных структур посредством трехуровневой подтяжки является решением этой непростой задачи.

Цель исследования: с помощью УЗИ отследить и сравнить качество стабилизации покровных тканей средней зоны лица спустя длительное время после выполнения трехуровневой подтяжки лица и классического SMAS лифтинга.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 40 женщин в возрасте 42 – 70 лет, которым подтяжка лица была выполнена 5 – 8 лет назад.

Исследуемую группу составили 20 женщин, которым выполняли трехуровневую подтяжку лица; контрольную – 20 женщин, которым подтяжка лица была выполнена по классической методике.

В исследовании принимали участие только женщины, у которых за прошедшие после операции годы индекс массы тела не изменился и колебался в пределах 19 – 24.

Хирургическая техника выполнения трехуровневой подтяжки лица.

I этап. Скуловая отслойка. Субцилиарный разрез продлеваем на 5 – 8 мм латеральнее угла глазной щели. Выполняем отслойку кожи над круговой мышцей глаза. Отступя 3 – 4 мм вниз от границы кожного разреза мышцу приподнимаем пинцетом и рассекаем вдоль волокон. Отслойка под мышцей должна обеспечить супрапериостальное оголение нижненаружного орбитального края. Надкостницу скуловой кости рассекаем скальпелем длиной до 10 – 12 мм на 3 – 5 мм ниже нижненаружного края орбиты. Поднадкостничную отслойку выполняем вниз над скуловой костью до границы верхней переходной складки. Площадь сепаровки немного расширяем медиально в направлении fossa canine. Далее поднадкостничную сепаровку над скуловой костью выполняем в латеральном направлении. Отслойка над аркой скуловой кости должна затрагивать только ее внутреннюю треть. Аккуратно продвигая распатор вверх и слегка вращая его вокруг оси, надкостницу подрываем от верхнего края арки скуловой кости, затем таким же способом – от нижнего края. Кончик инструмента оказывается над жевательной мышцей. Необходимо продолжить диссекцию над мышечной фасцией на 2 – 2,5 см вниз.

II этап. Отслойка под структурой SMAS. Выполняем типичный латеральный кожный разрез для мобилизации боковой половины лица.

В височной области диссекцию выполняем над собственной височной фасцией.

Подкожная диссекция в средней зоне лица умеренная, от скулового возвышения до угла нижней челюсти, приблизительно на 3 – 4 см медиальнее кожного разреза.

В заушной области отслойку сначала выполняем до переднего края грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, а затем расширяем непосредственно над подкожной мышцей шеи.

По краю сформированного диссекционного кармана в средней зоне лица делаем заглублие под структуру SMAS. Кожный лоскут сильно приподнимаем и подтягиваем латерально. При этом формируем складку SMAS. По нижнему краю складки с уклоном вглубь ткань рассекаем ножницами от точки, расположенной на 15 мм латеральнее центра скулового бугра, и вниз, слегка не доходя до нижнего края нижней челюсти.

В нижнелатеральной области скуловой кости к ее надкостнице прикреплены волокна связки Мак Грегора, которые должны быть все рассечены ножницами.

Затем, раздвигая бранши ножниц, диссекционный карман расширяем кпереди, оголяем подлежащие структуры. Дном кармана должны являться большая и малая скуловые мышцы. Весь щечный жир остается в составе формируемого лоскута. В этом слое диссекцию расширяем еще на 2,5 – 3 см медиально.

III этап. Рефиксация полнослойного лоскута. Из субцилиарного доступа ткани приподнимаем, прошиваем крутой иглой в проекции скулового бугра. Затем лигатуру вставляем в прямую иглу, которой прошиваем лоскут, и нить выводим в поверхностный тканевой карман. При подтягивании этой нити вверх и латерально видно, как полнослойный тканевой блок перемещается в необхо-

димую позицію. Лигатуру фіксуємо к глибокої височної фасції на 2 см вище верхнього краю ушної раковини і затягуємо.

Затем накладуємо ряд швів із поверхностного тканевого кармана. Направлення підвешиваючих швів визначається вектором переміщення тканин, тому підхватываємо ниттю часток лоскута і підтягуємо його к точці фіксації тільки в визначених місцях.

Першим поверхностним швом лоскут підхватываємо с нижньої сторони в самому товстому участку піднятого щечно-скулового жирового блоку. Затем переміщуємо в напрямленні верхнього краю ушної раковини, де лігатуру надійно підшиваємо к глибокої височної фасції.

Паралельним швом підхватываємо ткани в проекції раніше пересеченої зв'язки Мак Грегора і фіксуємо немого вище першого.

С допомогою наступного шва переміщуємо шейну частину платизмального лоскута. Для цього в точці, розположеної на 3 см нижче нижнього краю нижньої челюсті, латеральний платизмальний край надійно підхватываємо ниттю, підтягуємо вгору і в сторону і підшиваємо к надсосцевидної фасції. Накладаючи наступний шов, переміщуємо лицеву частину платизмального лоскута. Для цього край розсеченої платизми підхватываємо ниттю перед передньонижнім краєм жевальної м'язи на 15 мм вище нижнього краю нижньої челюсті і підтягуємо в напрямленні козелка уха, де підшиваємо к околушної фасції між мочкою і козелком. Перші три шва затягуємо с максимальним натягненням, четвертий являється допоміжним і дозволяє підтягнути проміжний сегмент лоскута в достаточну позицію.

Як відомо, покривні структури лиця с віком переміщуються вниз і медіально. Основна задача підтяжки лиця – повернути змістилися ткани на прежнее місце. Оцінити якісні показники виконаної пластичної операції можна за допомогою порівняння фотографій до і після операції, оцінки результатів самими пацієнтами, але все це дуже суб'єктивно. По нашому мнению, єдиним об'єктивним критерієм являється порівняльна оцінка товщини покривних тканин до і після операції на визначених точках лиця. Під товщиною покривних тканин розуміється відстань від верхнього шару шкіри безпосередньо до кістки. Її достатньо легко можна виміряти с допомогою УЗІ.

Найбільше важливо виділити точки для вимірювання, то єсть участки на лиці, над якими ткани максимально переміщуються, мають чітку локацію і легко визначаються. Ми назвали їх якорними. Точка В розположена на скуловій кістці на 3 мм нижче нижнього орбітального краю по середній зрачкової лінії; точка D – на найбільше виступаючому участку скулової кістки; точка Н – на нижньому краю дуги нижньої челюсті на лінії прикріплення переднього краю жевальної м'язи.

Неоспоримо, що в точках В і D товщина покривних тканин зменшується с віком, в точці Н, напро-

тив, збільшується. Метою будь-якого ліфтингу тканин являється їх переміщення в позицію, властиву молодому лицю. Следователно, після операції повинна збільшитися проекція покривних структур в середній зоні лиця і зменшитися в нижній.

С допомогою УЗІ заміряли товщину покривних тканин в вертикальному положенні голови. Середні результати розраховані с використанням методів статистичної обробки.

Результаты

Середні показники товщини покривних елементів в проекції якорних точок лиця у пацієнток до операції: В – 3,9 мм, D – 5,4 мм, Н – 9,6 мм; після 5 – 8 років після класическої підтяжки лиця: В – 3,9 мм, D – 5,9 мм, Н – 6,6 мм; після 5 – 8 років після трехуровневої підтяжки лиця: В – 4,8 мм, D – 8,5 мм, Н – 6,6 мм.

Обсуждение

Після виконання трехуровневої підтяжки лиця транспозиція покривних структур середньої зони лиця і довготривала їх стабілізація значно більше виражені, ніж після виконання класическої SMAS пластики. Даний ефект досягається за рахунок двохсторонньої мобілізації м'язово-жирового блоку щіки і надійної його фіксації.

Выводы

Методика трехуровневої підтяжки лиця показана пацієнтам с вираженими рельєфними викривленнями середньої зони лиця, обедненням суборбітальної і скулової зон. Операція дає можливість повернути покривні тканини середньої зони лиця в потрібну позицію і надійно їх зафіксувати.

References

1. Ramirez O. Classification of facial rejuvenation techniques based on the subperiosteal approach and ancillary procedures. *Plast Reconstr Surg.* 1996;97(1):45–55.
2. Basile FV, Basile AR, Basile VV. Triple-anchoring sub-SMAS face-lift. *Aesthetic Plast Surg.* 2012 Jun;36(3):526–33. doi: 10.1007/s00266-012-9872-7. Epub 2012 Feb 21.
3. Lambros V, Stuzin JM. Discussion. Longevity of SMAS facial rejuvenation and support. *Plast Reconstr Surg.* 2010 Jul;126(1):238–9. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181dab6f3.
4. Rohrich RJ, Pessa JE. The fat compartments of the face: anatomy and clinical implications for cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(7):2219–27. doi: 10.1097/01.prs.0000265403.66886.54.
5. Rohrich RJ, Pessa JE. The retaining system of the face: histologic evaluation of the septal boundaries of the subcutaneous fat compartments. *Plast Reconstr Surg.* 2008 May;121(5):1804–9. doi: 10.1097/PRS.0b013e31816c3e1a.
6. Rohrich RJ, Ghavami A, Lemmon JA, Brown SA. The individualized component face lift: developing a systematic approach to facial rejuvenation. *Plast Reconstr Surg.* 2009 Mar;123(3):1050–63. doi: 10.1097/PRS.0b013e31819c91b0.
7. Hamra ST. Frequent face lift sequelae: Hollow eyes and the lateral sweep. Cause and repair. *Plast Reconstr Surg.* 1998;102(5):1658–63.
8. Hamra ST. The composite rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg.* 2007;29(1):46–55.