

Комбинированная коррекция периорбитальной области: ботулотоксин, полиревитализанты, филлеры

Кац Юлия Игоревна

Врач-дерматовенеролог, косметолог, сертифицированный тренер по инъекционным методам, медицинский советник АО «Микроген»; главный врач клиники «Бьюти Альянс Юг», Краснодар

Абстракт

В статье описан клинический случай коррекции эстетических недостатков периорбитальной области пациентки с использованием ботулотоксина, филлеров и полиревитализантов для получения выраженного и пролонгированного результата.

Ключевые слова: периорбитальная область, гиалуроновая кислота, ботулинический токсин, биоревитализация, Релатокс®

Периорбитальная область традиционно считается одной из самых сложных для коррекции ввиду ряда анатомических особенностей: тонкая дерма, слабо-выраженная подкожная жировая клетчатка, высокая мимическая активность и обильное кровоснабжение. В этой зоне присутствует множество коллатералей с сосудами, осуществляющими кровоснабжение глазного яблока, а также имеется склонность к задержке жидкости в мягких тканях орбиты. Однако именно периорбитальная область вызывает массу запросов у пациентов различных возрастных групп. Наиболее распространенные:

- коррекция темных кругов и мешков под глазами;
- элевация надбровных дуг;
- коррекция морщин нижнего века и латеральной части периорбитальной области.

В данной статье описан клинический случай коррекции проблемной орбиты с использованием ботулотоксина, филлеров и полиревитализантов для получения выраженного и пролонгированного результата.

Клинический случай

Пациентка Л., 23 года (**рис. 1**), обратилась по поводу отечности, пастозности и пигментированности нижнего века, а также провалов и недостатка объема в инфраорбитальной области. Кроме того, она предъявляла жалобы на усталый внешний вид, связывая это с проблемами в структурных и качественных изменениях центральной части щеочно-скуловой области и нижнего века.

Телосложение пациентки нормостеническое, аллергические реакции на медикаменты и пищевые продукты отрицает. Общесоматическая патология, хронические и инфекционные заболевания отсутствуют.

Учитывая степень и выраженность проблемы, пациентке было рекомендовано обратиться к пластическому хирургу для изучения возможности хирургической коррекции. Девушка отказалась, аргументируя это отсутствием психологической и любой другой готовности к оперативному вмешательству в силу возраста и социальных аспектов.

Принимая во внимание, что консервативный способ является единственно возможным, а также учитывая возраст (потенциал для быстрого и стойкого улучше-



Рис. 1. Пациентка Л., 23 года, в момент обращения

ния структуры тканей) и общее состояние кожи, подкожной жировой клетчатки, мышечно-связочного аппарата и костных структур (отсутствие выраженных возрастных изменений), мы сочли возможным предложить пациентке комбинированную процедуру, направленную на комплексное решение данной эстетической проблемы.

В протокол входят 2 процедуры с интервалами 2 нед.

1. **Первая** включает в себя введение препарата Релатокс® для гармонизации мышечного тонуса всей зоны, учитывая анатомические особенности периорбитальной области и склонность к пастозности у данной пациентки [1]. Мы сочли целесообразным одновременное введение филлера на основе гиалуроновой кислоты для коррекции формы скуловой дуги и придания округлости центральной части щек. Поскольку существует необходимость улучшить качество дермы, введение ботулотоксина и филлера было дополнено полиревитализантом.
2. **Вторая** заключается в введении филлера на основе гиалуроновой кислоты в проекции носослезной борозды с повторной инъекцией полиревитализанта.

Данная последовательность процедур и выбор препаратов позволили получить максимальный результат в кратчайшие сроки, провести процедуру комфортно и безопасно для пациентки, добиться стойкого и выраженного эстетического улучшения периорбитальной области и тем самым общей гармонизации лица.

Описание комбинированной процедуры № 1

1. **Введение препарата Релатокс® (АО «Микроген», Россия).** Свой выбор мы отдали именно этому препарату по причине выраженности миорелаксирующего эффекта, длительности полученного результата и экономической привлекательности. Последний момент, безусловно, имеет большое значение для пациентов молодого возраста. Было принято решение ввести препарат в три зоны — межбровье, латеральные части периорбитальной области и спинку носа (**рис. 2**) [2]:
 - а) в область межбровья (**рис. 3А–3В**) введено 12 Ед препарата «Релатокс»® — по 3 Ед у медиального края *m. corrugator supercilii*. При этом инъекции проводили глубоко, направляя иглу вертикально, отступив 1 см вверх от костного края орбиты. Также введено по 1 Ед в латеральные части вышеуказанной мышцы — инъекции выполняли поверхностно интрадермально, с образованием белой папулы;
 - б) кроме этого, мы ввели 4 Ед препарата Релатокс® в *m. procerus* вблизи места ее крепления к носовой кости или апоневрозу носовой мышцы. Инъекции выполняли поверхностно, внутримышечно, на глубине 1,5–2,0 мм — для минимизации нежелательной диффузии препарата. Использование ботулотоксина в непосредственной близости от сухожильного края мышцы является наиболее эффективным для получения максимальной миорелаксации. Данная техника введения ботулотоксина в области межбровья, на наш взгляд, является наиболее безопасной — она уменьшает вероятность нежелательной диффузии препарата и максимально эффективна для получения полной миорелаксации;



Рис. 2. Точки введения препарата Релатокс®

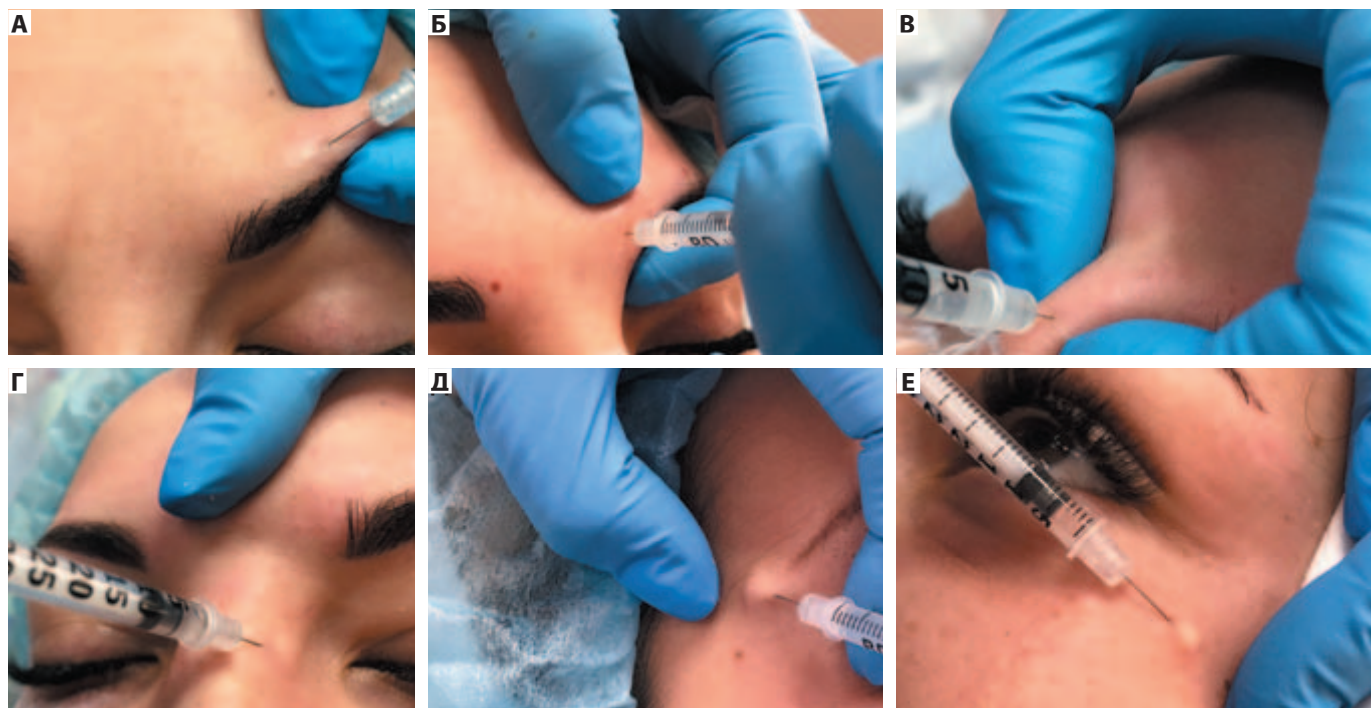


Рис. 3. Техника введения препарата Релатокс®

с) в область спинки носа (**рис. 3Г**) мы ввели 4 Ед препарата Релатокс® — в 4 точки в проекции *m. nasalis*, выполняя инъекции поверхностно интрадермально. Используя данную технику, мы получили высокий миорелаксирующий эффект и уменьшили вероятность нежелательной диффузии препарата в *m. levator labii superioris alaeque nasi*. В итоге мы предупредили удлинение верхней губы, обнажение верхних зубов в улыбке и сглаживание колонн филтрума. Мышцы области межбровья и спинки носа являются агонистами и действуют синхронно. Поэтому их одновременное инъецирование дает наилучший миорелаксирующий эффект, способствуя длительному и выраженному эстетическому результату;

d) также мы ввели ботулотоксин в латеральные части *m. orbicularis oculi* (**рис. 3Д, 3Е**) в дозировке 5,5 Ед с каждой стороны. При этом использованы 5 точек введения:

- первая — у латерального края брови, строго придерживаясь отступа 1,0–1,5 см от костного края орбиты; введение проводили субдермально, направляя иглу кнаружи от орбиты;
- вторая — в проекции коммиссуры век, также отступив 1,0–1,5 см от костного края орбиты и выполняя субдермальные инъекции;
- еще 3 точки — в нижнелатеральной части периорбитальной области, в дозировке 0,5 Ед в каждую точку, выполняя интрадермальные инъекции с образованием белой папулы.



Рис. 4. Разметка скуловой дуги



Рис. 5. Введение филлера на скуловую дугу

Итого, суммарная доза препарата Релатокс® составила 27 Ед. Это, безусловно, является невысоким показателем, благоприятным для пациентки данной возрастной группы. Данные инъекции призваны нивелировать первые возрастные изменения, гармонизировать мимику и создать хорошую основу для дальнейших процедур, направленных на улучшение качества кожи проблемной зоны и работу со структурными особенностями средней трети лица пациентки.

2. **Введение филлера на основе гиалуроновой кислоты (рис. 4, 5).** Предпочтительнее мы отдали волюмизирующему препарату с концентрацией гиалуроновой кислоты 25 мг/мл. Филлер вводился в центральную часть скуловой дуги для придания округлости центральной части щечной области. Данная процедура призвана гармонизировать среднюю треть лица, сформировать правильную линию Оджи и создать хорошую поддерживающую основу для тканей инфраорбиталь-

ной области. Инъекции проводились с помощью иглы диаметром 27G, глубоко супрапериостально, в виде болюсов, расположенных на костной основе скуловой дуги (в центральной ее части). Мы выполнили введение в четыре болюса, основываясь на зоне максимального дефицита объема. При этом первые два болюса инъецировались в объеме 0,15 мл (медиально), два последующих — по 0,1 мл (латеральнее). Перед введением в медиальную часть инфраорбитальной области необходимо выполнить аспирационную пробу, оттянув поршень шприца с филлером на себя и удерживая его в таком положении в течение 30–60 с. Это позволит убедиться, что крупные сосуды не задеты. Вероятность травмирования сосудов выше в центральной части скуловой дуги, особенно в проекции инфраорбитального отверстия (уровень зрачка и медиальнее). Поэтому аспирационная проба перед глубоким введением филлера крайне важна для соблюдения профиля безопасности процедуры.

- 3. Введение полиревитализирующего препарата (Лаборатории Filorga, Франция) (рис. 6),** содержащего комплекс витаминов, минералов, аминокислот, антиоксидантов, коэнзимов, нуклеотидов и гиалуроновую кислоту в количестве 5 мг/г. Данный комплекс призван восстанавливать структуру дермы, воздействовать на тонус и тургор кожи, бороться с пигментными нарушениями. Кроме того, он обладает великолепными дренажными свойствами и улучшает микроциркуляцию зоны — поэтому наш выбор был отдан именно ему [3]. Введение производилось в технике дермальных папул с помощью иглы 32G. Обработывалась вся кожа периорбитальной области без промежутков — вплоть до ресничного края, включая неподвижную часть верхнего века. Данная техника введения возможна благодаря быстрому рассасыванию папул и отсутствию стойких отеков в периорбитальной зоне после процедуры (рис. 7).



Рис. 6. Введение полиревитализанта

Контрольный осмотр пациентки был проведен через 14 дней (рис. 8). Результат нами и самой пациенткой был оценен как высокий. Мы добились элевации надбровных дуг, особенно в латеральных их отделах, смягчили морщинки в нижнелатеральной части периорбитальной области, уменьшили грыжевые выпячивания нижнего века, осветлили пигментацию, добились более гармоничной формы скуловой дуги в центральной ее части и выраженной линии Оджи. В этот же визит было принято решение провести комбинированную процедуру № 2.

Описание комбинированной процедуры № 2

- 1. Введение филлера на основе гиалуроновой кислоты в область носослезной борозды (рис. 9).** Мы отдали предпочтение одному из наиболее мягких препаратов с концентрацией активного вещества 15 мг/мл. Для максимального комфорта пациентки и безопасности процедуры было принято решение ввести препарат с помощью атравматичной канюли диаметром 22G длиной 5 см. Точка введения была выбрана произвольно — на линии, продолжающей носослезную



Рис. 7. Пациентка Л. сразу после комбинированной процедуры № 1



Рис. 8. Пациентка Л. спустя 14 дней после комбинированной процедуры № 1



Рис. 9. Введение филлера на основе гиалуроновой кислоты в носослезную борозду и инфраорбитальную область



борозду, исходя из длины канюли. Препарат вводили глубоко, по ходу носослезной борозды, ретроградно, заходя под *m. orbicularis oculi*, но не доходя до медиального угла глаза 1 см.

- Одновременно мы сочли целесообразным для пациентки и эффективным для решения эстетической проблемы **повторное введение полиревитализирующего препарата в технике дермальных микропапул (рис. 10)**. В дальнейшем было рекомендовано проведение еще трех процедур с использованием данного полиревитализанта с интервалами 2 нед для улучшения качества дермы и терапии темных кругов под глазами.



Рис. 10. Введение полиревитализанта

Результаты и выводы

Периорбитальная область предполагает выбор комбинированных протоколов при лечении сочетанной проблемы. Филлеры, ботулотоксин и полиревитализанты являются незаменимым трио для получения выраженного эстетического результата даже в случаях, когда есть показания к хирургическому лечению.

Пациентка оценила достигнутый результат как высокий и готова в дальнейшем продолжать процедуры с препаратом Релатокс®. Учитывая возраст и общее состояние тканей лица, мы прогнозируем длительное и выраженное эстетическое улучшение (рис. 11).



Рис. 11. Пациентка Л. сразу после комбинированной процедуры № 2

Литература

- Райцева С.С. Особенности проведения эстетической ботулинотерапии препаратом Релатокс®. Клинический опыт. *Метаморфозы* 2017; 17: 74–91.
- Азбука ботулинотерапии. Научно-практическое издание. Тиммербаева С.Л., Орлова О.Р., Хатькова С.Е. и соавт. Под ред. Тиммербаевой С.Л. М.: Практическая медицина, 2014.
- Кац Ю.И. Сочетанное введение ботулотоксина типа А (препарат Релатокс®), полиревитализанта (NCTF135 HA+®) и биореитализанта пролонгированного действия (М-НА18®) для коррекции инволюционных изменений периорбитальной области. *Метаморфозы* 2015; 9: 84–87.

