

ОСНОВАН В 1997г.

ISSN 2686-7346 (Print)
ISSN 2713-3389 (Online)

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

PLASTIC SURGERY AND AESTHETIC MEDICINE

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



№ 3
сентябрь 2024

Общероссийская общественная организация
«Российское общество пластических,
реконструктивных и эстетических хирургов»



«Пластическая хирургия и эстетическая медицина» —
научно-практический рецензируемый
медицинский журнал
Выходит 4 раза в год
Основан в 1997 г.

Журнал представлен в следующих
международных базах данных
и информационно-справочных изданиях:
РИНЦ (Российский индекс научного цитирования),
Ulrich's Periodicals Directory, Google Scholar

Издательство «Медиа Сфера»:

127238 Москва,
Дмитровское ш., д. 46, корп. 2, этаж 4
Тел.: +7 (495) 482-4329
Факс: +7 (495) 482-4312
e-mail: info@mediasphera.ru
www.mediasphera.ru

Адрес для корреспонденции:

127238 Москва, а/я 54, «Медиа Сфера»
Отдел рекламы: +7 (495) 482-0604
e-mail: reklama@mediasphera.ru
Отдел подписки: +7 (495) 482-5336
e-mail: zakaz@mediasphera.ru

Адрес редакции:

127238 Москва,
Дмитровское ш., д. 46, корп. 2, этаж 4
Тел. +7 (495) 482-4329; +7 (499) 248-5222
e-mail: vikki_vik@mail.ru
Зав. редакцией В.В. Чаречанская

Оригинал-макет изготовлен
издательством «Медиа Сфера»
Компьютерный набор и верстка:
О.В. Ненашева, Е.Л. Коган
Корректор: Е.М. Кулыгина

Подписной индекс по каталогу «Почты России» ПМ042

Формат 60×90 1/8; тираж 1500 экз.

Усл. печ. л. 13. Заказ 4897. Подписано в печать 09.09.24.
Отпечатано в ООО «Полиграфическая компания Экспресс»

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

(АННАЛЫ ПЛАСТИЧЕСКОЙ, РЕКОНСТРУКТИВНОЙ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ)

3'2024

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Редакционная коллегия

Мантурова Наталья Евгеньевна (Москва) — главный редактор
Васильев Вячеслав Сергеевич (Москва) — заместитель главного редактора
Вербо Елена Викторовна (Москва) — заместитель главного редактора

Члены редколлегии

Адамян Рубен Татевосович (Москва)	Стенько Анна Германовна (Москва)
Груша Ярослав Олегович (Москва)	Ступин Виктор Александрович (Москва)
Дайхес Николай Аркадьевич (Москва)	Татаурщикова Наталья Станиславовна (Москва)
Иванов Сергей Юрьевич (Москва)	Alessio Redaelli (Милан, Италия)
Кораблева Наталья Петровна (Санкт-Петербург)	Lokesh Kumar (Нью-Дели, Индия)
Круглова Лариса Сергеевна (Москва)	Wolfgang Gubisch (Штутгарт, Германия)
Поляков Андрей Павлович (Москва)	Yves Saban (Ницца, Франция)
Потекаев Николай Николаевич (Москва)	
Соболевский Владимир Анатольевич (Москва)	

Редакционный совет

Артыков Каримджон Пулатович (Душанбе, Таджикистан)	Мариничева Ирина Геннадьевна (Москва)
Белоусов Анатолий Егорович (Санкт-Петербург)	Подгайский Владимир Николаевич (Минск, Белоруссия)
Богданов Сергей Борисович (Краснодар)	Радзинский Виктор Евсеевич (Москва)
Богов Андрей Алексеевич (Казань)	Рахимов Ахмед Якупович (Москва)
Боровиков Алексей Михайлович (Москва)	Русецкий Юрий Юрьевич (Москва)
Васильев Сергей Александрович (Челябинск)	Хатьков Игорь Евгеньевич (Москва)
Голубев Игорь Олегович (Москва)	Цуканов Александр Иванович (Калининград)
Гюсан Сергей Арсентьевич (Ставрополь)	Чайковская Екатерина Александровна (Москва)
Зеленин Вадим Николаевич (Геленджик)	Шаробаро Валентин Ильич (Москва)
Зелянин Александр Сергеевич (Москва)	Шарова Алиса Александровна (Москва)
Иванов Алексей Анатольевич (Москва)	Ясонов Сергей Александрович (Москва)
Исмагилов Артур Халитович (Казань)	Jaume Masia (Барселона, Испания)
Казанцев Илья Борисович (Томск)	Mustafa Hamdi (Брюссель, Бельгия)
Каприн Андрей Дмитриевич (Москва)	Nazim Cerkes (Стамбул, Турция)
Караян Арутюн Суренович (Москва)	Oswaldo Saldanha (Сан-Паулу, Бразилия)
Кулаков Анатолий Алексеевич (Москва)	Jeong Tae Kim (Сеул, Южная Корея)
Липский Константин Борисович (Москва)	Yixin Zhang (Шанхай, Китай)

Решением Высшей аттестационной комиссии (ВАК) Министерства науки и высшего образования РФ журнал «Пластическая хирургия и эстетическая медицина» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Российской Федерации, в которых рекомендована публикация основных результатов диссертационных исследований на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

Направляя статью в редакцию, авторы принимают условия договора публичной оферты. С правилами для авторов и договором публичной оферты можно ознакомиться на сайте: www.mediasphera.ru. Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения издателя — издательства «Медиа Сфера».

Издательство МЕДИА СФЕРА Москва • MEDIA SPHERA Publishing House Moscow

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

<i>Еленская Ю.М., Вербо Е.В., Мантурова Н.Е.</i> Эффективность сочетанной методики блефаропластики и липофилинга средней трети лица	5
<i>Гаммадаева С.Ш., Глушко А.В., Гордеева К.М., Лебедева Ю.В., Мантурова Н.Е.</i> Создание оптимальной проекции и формы кончика носа при ринопластике	13
<i>Лебедева Ю.В., Жолтиков В.В., Кораблева Н.П.</i> Статистический анализ жалоб пациентов при первичной и вторичной ринопластике	28
<i>Горская А.А., Максимова А.С., Клеменова И.А., Шлико И.Л.</i> Оценка эффективности препарата IAL-System ACP в коррекции возрастных изменений кожи периорбитальной области	36
<i>Розова Д.К., Карапетян Г.Э., Шаробаро В.И., Винник Ю.С., Ивкин Е.В., Ермолаев В.А., Бурдин С.А.</i> Вторичная маммопластика	44
<i>Бурлова М.Г., Кораблева Н.П., Грецкова Е.Е.</i> Коррекция тубулярной груди липофилингом	52
<i>Tran Van Duong, Nguyen Thi Thu Trang, Le Thi Lan Anh, Lam Quang An</i> Субъективная и объективная оценка результатов липоабдоминопластики	62
<i>Разумовская Е.А., Капулер О.М., Мураков С.В., Главнова А.М.</i> Введение поли-L-молочной кислоты при инволюционных изменениях кожи тела: клиническая, ультразвуковая и гистологическая оценка эффективности	70

КРАТКИЕ СТАТЬИ

<i>Ратушный М.В., Новикова И.В., Поляков А.П., Кудашкина Д.С., Мордовский А.В., Сугаипов А.Л.</i> Клинический случай одномоментного устранения двух разносторонних дефектов полости рта тонкокишечным аутоотрансплантатом	79
--	----

ОБЗОРЫ

<i>Ивашков В.Ю., Семенов С.В., Колсанов А.В., Николаенко А.Н., Гасанова С.Д., Дахкильгова Р.И., Легоньких А.Ю., Арутюнов И.Г.</i> Современные аспекты этиопатогенеза, диагностики и лечения липедемы	86
<i>Исмаилов А.Х., Зикирходжаев А.Д., Пушкарев А.В., Галеев М.Г., Измайлов А.А., Ванесян А.С.</i> Анатомические особенности фасциальной ткани и применение фасциальных аллогraftов в реконструктивной хирургии	93

ДИСКУССИЯ

<i>Коробов А.В., Сергацкий К.И., Никольский В.И., Романова В.С., Купрюшина Н.В.</i> Экспериментальное обоснование оригинального мини-инвазивного доступа для хирургической коррекции диастаза прямых мышц живота	99
---	----

Эффективность сочетанной методики блефаропластики и липофилинга средней трети лица

© Ю.М. ЕЛЕНСКАЯ^{1, 2, 3}, Е.В. ВЕРБО^{1, 2, 3}, Н.Е. МАНТУРОВА^{1, 2, 3}

¹АО «Институт пластической хирургии и косметологии», Москва, Россия;

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, кафедра пластической и челюстно-лицевой хирургии им. проф. А.И. Неробеева, Москва, Россия;

³ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, кафедра пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий ФДПО, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Введение. Возрастные изменения периорбитальной области мультифакторны: процесс старения периорбитальной области затрагивает все анатомические структуры данной зоны, начиная с лицевого скелета, далее происходит атрофия мышц и удерживающих связок, атрофия жировых пакетов, изменение текстуры кожи. Поэтому для коррекции возрастных изменений в данной области требуется комплексный подход, направленный на устранение симптомов на всех уровнях. При этом также необходимо обеспечить сохранность структур периорбитальной области, и в достижении такого результата лечения помогает использование сочетанных методик, таких как, например, описанная нами в этой статье методика симультанной блефаропластики и липофилинга лица.

Материал и методы. Нами было выполнено 42 хирургических вмешательства (только у женщин), включающих в себя верхнюю и нижнюю блефаропластику вместе с липофилингом средней трети лица. Показаниями к данному типу вмешательства стали следующие симптомы: избыток кожи верхних и нижних век, пролабирование жировых пакетов верхних и нижних век, углубленные носослезные борозды, недостаток объема в средней зоне лица, углубленные носогубные складки. Перед операцией всем пациентам проводилось измерение необходимого объема аутожира для липофилинга по описанному нами ранее методу. Первым этапом операции было осуществлено взятие у пациентки собственной жировой ткани, вторым этапом выполнялась верхняя блефаропластика, затем, третьим этапом, — липофилинг средней трети лица, и заключительный этап — нижняя блефаропластика.

Результаты. Пациентки наблюдались в течение 1—1,5 лет. В 70% случаев не потребовалось дополнительное проведение липофилинга для восполнения объема средней трети лица. Чаще всего требовалось восполнение объема в области верхних век, подборной и височной области. При сравнении сохранности объема аутожира в разных зонах становятся понятными преимущества подглазнично-щечной области по следующим параметрам: наибольшая толщина подкожно-жирового слоя, наличие плотной сети перфорантов, дальнейшее расположение кости и мышц от жирового слоя, объемный жировой пакет, который является благоприятной средой для приживления аутожира.

Заключение. Накопленный нами опыт в проведении операций с использованием сочетанной методики блефаропластики и липофилинга средней трети лица показывает эффективность данной техники и эстетически удовлетворительные результаты лечения. Данную методику следует применять у пациентов с такими возрастными изменениями лица, как избыток кожи верхних и нижних век, пролабирование жировых пакетов верхних и нижних век, углубленные носослезные борозды, недостаток объема в средней зоне лица, углубленные носогубные складки. При наличии выраженного недостатка объема средней трети лица, значительной атрофии малярного жирового пакета и наличии фестонов следует отдать предпочтение методике чек-лифтинга. В остальных случаях липофилинг средней трети лица будет отличным дополнением к блефаропластике — с минимальной травматизацией тканей, с сохранностью структур периорбитальной области, регенеративным эффектом и отличным клиническим результатом.

Ключевые слова: блефаропластика, липофилинг, периорбитальная область, аутожир, стромально-васкулярная фракция, подглазнично-щечная область.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Еленская Ю.М. — <https://orcid.org/0000-0003-0496-6008>

Вербо Е.В. — <https://orcid.org/0000-0001-9843-5026>

Мантурова Н.Е. — <https://orcid.org/0000-0003-4281-1947>

Автор, ответственный за переписку: Еленская (Орлова) Ю.М. — e-mail: section.orlova@gmail.com

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Еленская Ю.М., Вербо Е.В., Мантурова Н.Е. Эффективность сочетанной методики блефаропластики и липофилинга средней трети лица. *Пластическая хирургия и эстетическая медицина*. 2024;3:5—12. <https://doi.org/10.17116/plast.hirurgia20240315>

Effectiveness of concomitant blepharoplasty and midface lipofilling

© YU.M. ELENSKAYA^{1, 2, 3}, E.V. VERBO^{1, 2, 3}, N.E. MANTUROVA^{1, 2, 3}

¹Institute of Plastic Surgery and Cosmetology, Moscow, Russia;

²Russian Medical Academy for Continuous Professional Education, Moscow, Russia;

³Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

ABSTRACT

Background. Age-related periorbital changes are multifactorial. Periorbital aging affects all anatomical structures of this area including facial skeleton with subsequent atrophy of muscles and ligaments, fat packets, and skin texture changes. Therefore, correction of age-related changes

in this area requires complex approach. At the same time, it is necessary to preserve periorbital structures. Combination of techniques, for example, simultaneous blepharoplasty and facial lipofilling, is effective to achieve appropriate results.

Material and methods. We performed 42 interventions in women including upper and lower blepharoplasty with midface lipofilling. The indications for this intervention were excess skin of the upper and lower eyelids, prolapse of fatty bags of the upper and lower eyelids, deepening of nasolabial grooves, insufficient midface volume, deepening of nasolacrimal folds. Prior to surgery, we measured necessary volume of autologous fat for lipofilling according to original method. The first stage implied autologous adipose tissue harvesting, the second stage — upper blepharoplasty, the third stage — midface lipofilling, final stage — lower blepharoplasty.

Results. The patients were followed-up for 1-1.5 years. Additional lipofilling for midface replenishment was not necessary in 70% of cases. Most often, volume replenishment was necessary in the upper eyelids, sub-brow and temporal areas. When comparing preservation of autologous fat volume in different zones, we found the advantages of infraorbital-buccal region: the greatest thickness of subcutaneous fat layer, dense network of perforators, distant location of bone and muscle from the fat layer, voluminous fat packet as a favorable environment for fat engraftment.

Conclusion. Our own experience of concomitant blepharoplasty and midface lipofilling shows the effectiveness of this technique and satisfactory treatment outcomes. This technique is advisable in patients with excess skin of the upper and lower eyelids, prolapsed fatty tissues of the upper and lower eyelids, deepening of nasolacrimal grooves, lack of midface volume and deepening of nasolabial folds. Check-lifting technique is preferable for lack of midface volume, malar fat pad atrophy and presence of scallops. In other cases, midface lipofilling will be an excellent addition to blepharoplasty with minimal tissue trauma, preservation of periorbital structures, regenerative effect and excellent clinical results.

Keywords: blepharoplasty, lipofilling, periorbital region, autologous fat, stromal-vascular fraction, infraorbital-buccal region.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Elenskaya Yu.M. — <https://orcid.org/0000-0003-0496-6008>

Verbo E.V. — <https://orcid.org/0000-0001-9843-5026>

Manturova N.E. — <https://orcid.org/0000-0003-4281-1947>

Corresponding author: Elenskaya Yu.M. — e-mail: section.orlova@gmail.com

TO CITE THIS ARTICLE:

Elenskaya YuM, Verbo EV, Manturova NE. Effectiveness of concomitant blepharoplasty and midface lipofilling. *Plastic Surgery and Aesthetic Medicine*. 2024;3:5–12. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/plast.hirurgia20240315>

Введение

В области омолаживающих операций на лице не бывает однонаправленных методик, при выполнении любой коррекции возрастных изменений лица работа выполняется со всеми слоями кожи и мягких тканей в конкретной зоне. Особенности анатомического строения лица подразумевают комплексный подход и глубокое понимание процесса старения. Возрастные изменения периорбитальной области также мультифакторны и начинаются с атрофических изменений нижнего глазничного края, который деформируется с возрастом как по длине, так и по ширине. Резорбция кости неравномерна и зависит от локализации: больше подвергаются изменениям верхнемедиальная и нижнелатеральная части края орбиты. Резорбция лицевого скелета приводит к ретрузии надкостницы, которая влечет за собой изменение положения мягких тканей периорбитальной области [1]. В области средней трети лица наблюдаются наибольшие изменения мягких тканей. На рис. 1 показан патогенез деформации средней зоны лица, ассоциированной с возрастными изменениями. Развиваются деформация носослезной впадины, атрофия и смещение малярного мешка, что приводит к появлению углубленной носогубной складки [2].

Таким образом, процесс старения периорбитальной области затрагивает все анатомические структуры данной зоны, начиная с лицевого скелета, далее происходит атрофия мышц и удерживающих связок, атрофия жировых пакетов, изменение текстуры ко-

жи. Все вышеперечисленные изменения ведут к появлению таких симптомов, как образование морщин, снижение эластичности кожи, углубленная носослезная борозда, углубленная носогубная борозда, недостаток объема средней трети лица.

Традиционная блефаропластика часто включает в себя иссечение избытка дряблой кожи, части круговой мышцы глаза и радикальное удаление жировых пакетов, и при этой методике достаточно часто встречается осложнение в виде чрезмерного удаления жировых пакетов, в результате чего у пациентов остаются впалая орбитальная полость, «темные круги» нижнего века, что еще больше ускоряет процесс старения. Современные методы периорбитального омоложения более консервативны и включают в себя ограниченную резекцию мягких тканей глаза. Современная блефаропластика предполагает, что перед операцией необходимо учитывать все вышеперечисленные особенности старения лица. Блефаропластика в настоящее время должна включать в себя восстановление положения птозированных тканей, восполнение недостатка объема средней трети лица, устранение мышечной слабости и слабости связок с помощью различных методик.

Периорбитальное омоложение достигается не только за счет верхней и нижней блефаропластики; наличие атрофии и смещения малярного мешка и чрезмерной длины нижнего века (негативного вектора) может привести к изменению овала лица с прогрессированием негативного вектора. В данной статье мы описываем нашу технику, сочетающую

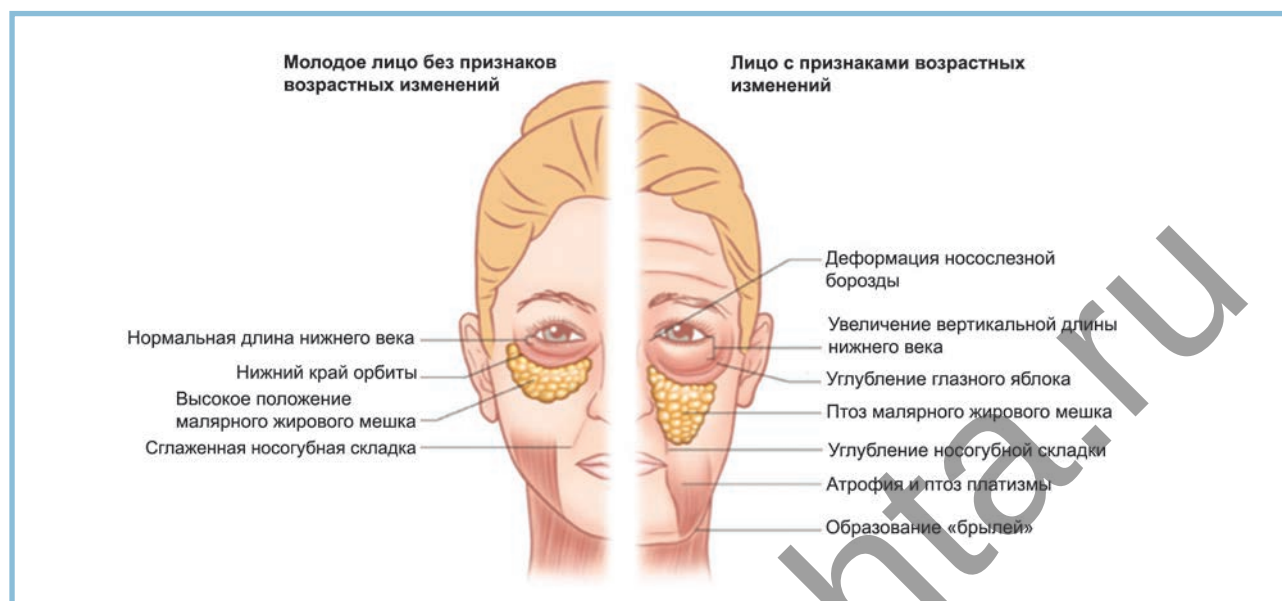


Рис. 1. Анатомические особенности возрастных изменений лица.

блефаропластику и липофилинг средней трети лица для коррекции периорбитальной зоны целиком.

Также стоит отметить, почему мы являемся приверженцами именно методики липофилинга средней трети лица, а не других похожих техник — транспозиции жировых пакетов нижнего века [9], инъекций препаратов на основе гиалуроновой кислоты [10] и нитевого лифтинга [11]. Дело в ограниченном эффекте приведенных методик: при транспозиции жировых пакетов возможно устранить углубленную носослезную борозду, однако не корректируется объем мягких тканей средней трети лица, верхнего века, латеральной части орбиты и височной области; инъекции препаратов на основе гиалуроновой кислоты также ограничены в применении ввиду непредсказуемой природы синтетического вещества и необходимости повторных введений для поддержания результата. Липофилинг, напротив, является методикой, способной скорректировать возрастные изменения за один или максимум два раза. Также область применения аутожира намного шире: благодаря его пластичной структуре возможно устранить углубление носослезной борозды, восполнить недостаток объема средней трети лица, латеральной части орбиты. Что касается нитевого лифтинга, то данная методика дает краткосрочный результат и выполняет крайне слабую поддерживающую функцию для мягких тканей средней трети лица, так как нити располагаются лишь в подкожно-жировом слое, что не может обеспечить эффективную коррекцию возрастных изменений на всех уровнях, как описывалось ранее.

С помощью дополнения операции блефаропластики процедурой липофилинга стало возможным сохранить интактными еще больше структур пери-

орбитальной области, обеспечивая консервативный подход с минимальным периодом реабилитации [3]. Помимо этого, аутожир обладает регенеративными свойствами за счет своего разнонаправленного клеточного состава [6]. В некоторых случаях к липофиллингу можно добавить мезотерапию клеточным продуктом стромально-вазкулярной фракции (СВФ) — продукт выделяется прямо в операционной с помощью центрифугирования и эмульгирования и затем вводится интрадермально для улучшения качества кожи, стимуляции синтеза коллагена и усиления регенеративного потенциала кожи [7]. Стоит также отметить, что аутожир достаточно хорошо приживается в области средней трети лица при условии соблюдения корректной техники введения и понимания анатомических особенностей данной области, которые будут описаны ниже.

При всех вышеперечисленных преимуществах сочетанной техники следует учитывать определенные недостатки данной методики. При блефаропластике совместно с липофиллингом увеличивается время операции, кроме того, эта методика требует от хирурга хорошей техники взятия жировой ткани с минимальной травматизацией аутожира, она может вызвать осложнения в виде миграции аутожира и «бугристости» кожного покрова при неправильном введении, а также имеет место неопределенность взятия точного объема жировой ткани для введения [4]. В связи с этим опубликованная нами ранее методика [8] позволяет решить данную задачу с помощью внедрения оценочного способа для определения точного объема аутожира с целью коррекции у каждого конкретного пациента. Подробная методика и техника введения описаны в разделе «Материал и методы».