Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Красноярский Государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана

РЕФЕРАТ

Лифтинг верхней трети лица.

Автор: Врач ординатор , специальность

«Пластическая хирургия»

Новик Э.И.

Красноярск 2021

**Исторический экскурс.**

Современные методики хирургического лечения стареющего лица впервые были описаны еще в начале XX века. В те времена они держались в секрете, поскольку пациенты желали сохранить анонимность, а хирурги не хотели делиться секретами с другими врачами. За последние 100 лет эти методики были улучшены, отточены и описаны многими хирургами, а большая часть общества стала относиться к подобным операциям благосклонно. Нынешние операции претерпели существенные изменения. В наши дни хирург может добиться качественного и долгосрочного результата с минимальным числом осложнений, а послеоперационные шрамы куда менее заметны. В 2008 году в США было выполнено около 132000 операций фэйслифтинга и 44000 подтяжек верхней трети лица. Выполнять эти операции можно как по отдельности, так и в рамках одной процедуры, в зависимости от эстетических предпочтений пациента.

а) Терминология подтяжки бровей и фэйслифтинга - пластики верхней трети лица. Подтяжка бровей и пластика верхней трети лица являются двумя различными терминами. При выполнении подтяжки бровей приподнимаются исключительно сами брови, в то время как при пластике верхней трети лица также устраняются морщинки лобной области. Термины «фэйслифтинг» и «ритидопластика» не являются корректными, поскольку суть процедуры заключается не только в «поднятии» лица и не только в устранении «морщин» (англ, «rhytid» — морщина). Определение «лицевая пластика» более корректно, однако удобнее использовать получивший широкое распространение термин «фэйслифт». Аналогично, при выполнении пластики средней зоны лица происходит омоложение данной зоны с изменением текстуры кожи (область от нижних век до носогубных складок), а не просто ее «приподнимание».

**Анатомия подтяжки бровей и фэйслифтинга - пластики верхней трети лица.**

1. Кожа. Выделять кожный лоскут необходимо вместе с небольшим количеством подкожно-жировой клетчатки, поскольку он обеспечивает определенную защиту субдермальным сосудистым сплетениям. Мобилизация такого лоскута проходит достаточно просто в средней и нижней зонах лица, но представляет определенную сложность в лобной области, где мышцы тесно связаны с кожей. Аналогично, кожа достаточно плотно крепится к мышцам латерального края грудино-ключично-сосцевидной области, поэтому лоскут здесь часто выделяют острым путем.

2. Мышечно-фасциальные слои. Начинаясь в лобной области, фасциальный слой сухожильного шлема покрывает лобную мышцу. Кзади этот слой продолжается в фасцию затылочной мышцы; снизу, на уровне 2 см выше глазничных дуг, сухожильный шлем переплетается с надкостницей; с латеральной стороны волокна шлема переплетаются с фасцией, расположенной сразу медиальнее от верхней височной линии (наивысшая точка крепления височной мышцы). Анатомически, сухожильный шлем на уровне скуловой дуги сливается со SMAS (поверхностной мышечно-апоневротической системой), где они переплетаются с надкостницей. SMAS покрывает и окутывает мимическую мускулатуру. Снизу SMAS переходит в подкожную мышцу шеи, а по посредине дает волокнистые ответвления, которые соединяются с покрывающей ее кожей. С латеральных сторон эти ткани покрывают околоушно-жевательную фасцию, поэтому здесь они менее подвижны.

**Работа с мимической мускулатурой.**

В ходе выполнения подтяжки верхней зоны лица работа приходится столкнуться (или манипулировать) со следующими важными мышцами: парная т. frontalis (приподнимают брови, начинаются от сухожильного шлема сзади, идут книзу, где сливаются друг с другом на уровне средней линии, а также с круговыми мышцами глаз латеральнее); глазничная часть m. orbicularis oris (опускает бровь); парные m. corrugators supercilii и т. depressor supercilii (смещают бровь в медиальном направлении и вниз, соответственно); и m. procerus, расположенная вдоль средней линии (опускает брови, начинается от носовых костей). В средней зоне лица большая часть мимических мышц лежит вне непосредственного операционного поля. Тем не менее, большая скуловая мышца, идущая от средней части скуловой дуги до носогубной складкии и до мышечного узла угла рта, является ориентиром в ходе глубокого фэйслифтинга. В зависимости от используемого доступа может потребовать мобилизации или коррекции и глазничная часть нижней круговой мышцы глаза. В нижней части лица продолжением SMAS является платизма, которая, начинаясь от ключиц, идет вверх, где сливается с мимическими мышцами и SMAS чуть выше уровня нижней челюсти. Начинаясь с латеральной поверхности шеи, платизма сливается с противоположной мышцей вдоль средней линии шеи. Как правило, они спаяны друг с другом на уровне подбородка, но ниже между ними могут иметься дегисценции, выраженность которых усугубляется с возрастом. С латеральных сторон шеи проходит грудино-ключично-сосцевидная мышца, которая начинается от сосцевидного отростка, а затем следует вниз и в медиальном направлении; отдельные волокна мышцы и ее фасции сплетаются с кожей, особенно в верхних отделах.

**Течение старения приводящее к необходимости подтяжки бровей и фейслифтинга - подтяжки верхней трети лица.**

Старение лица является следствием множества процессов, которые у разных людей возникают в разное время и проходят с разной интенсивностью. Старение кожи характеризуется утратой и нарушением организации коллагена, снижением эластичности, истончением дермы, уменьшением плотности контакта между эпидермисом и дермой, а также дисхромией (появлением возрастных пятен, «пятнистая пигментация»). Жировая клетчатка на лице сгруппирована в отдельные пространства, которые с возрастом подвергаются дистрофии и распаду в разной степени. Жировая клетчатка средней зоны лица наиболее склонна к атрофическим процессам, по мере разрушения фиброзных структур, обеспечивающих ее поддержку, она смещается книзу. Накопление жира в подбородочной области также вносит свой вклад в визуальное старение лица. Морщины на лице появляются не только из-за многократных сокращений мускулатуры («морщины курильщика» в уголках рта), но и из-за того, что тонус некоторых мышц постоянно повышен (например, горизонтальные морщины на лбу разглаживаются при смыкании глаз, потому что в этот момент человек перестает полусознательно слегка приподнимать брови). Наконец, резорбция костной ткани также вносит свой вклад в старение лица. Каждого пациента нужно внимательно осмотреть, выявив у него неблагоприятные факторы, определяющие старение лица. Лечение должно быть направлено на коррекцию этих специфических причин.

**Причины старения лица.**

Абсолютно ясно, что некоторые экзогенные факторы также способствуют старению. Курение, избыточное воздействие солнечного света, колебания в весе, плохое питание вносят свой вклад в преждевременное старение организма. Естественное течение старения. Очевидно, что с годами наши лица и наши тела продолжат стареть. Зачастую пациенты обращаются к врачу с вопросом: «Мне уже пора делать фейслифтинг?». И хотя проведение любой омолаживающей операции на лице является исключительно выбором пациента, хирург может помочь принять решение. Пациента можно попросить сравнить внешность с внешностью его сверстников, объяснить, что на течение процесса старения его лица будет влиять сразу множество факторов. К примеру, в исследовании Guyuron и соавт. было выяснено, что у пожилых людей больший объем мягких тканей лица ассоциирован с более молодым внешним обликом, в то время как молодые люди с избыточным количеством жировой клетчатки на лице выглядят старше. д) Жалобы при необходимости подтяжки бровей и фейслифтинга. Тщательный осмотр и внимательный сбор анамнеза необходимо проводить у каждого пациента, желающего пройти операцию по омоложению лица. В ходе доброжелательной и непринужденной беседы нужно выяснить, какие детали внешности не устраивают пациента. Важно обсудить мотивацию, потому что правильный отбор больных является залогом успеха. Пациенты, которые хотят, чтобы операция изменила их личную жизнь, помогла завоевать доверие или любовь супруга, или другого важного человека, помогла построить карьеру, стремятся к результатам, которые операция обеспечить не сможет. Пациенты с дисморфофобией будут недовольны своим внешним обликом вне зависимости от наличия или отсутствия реальной деформации. Выявлять таких пациентов нужно еще до операции, целесообразна консультация психиатра. Пациенты с дисморфофобией страдают из-за того, что у них сформировано нереалистичное представление о собственном теле. Поэтому, как бы искусно ни была выполнена операция, они останутся недовольны. Подходящие для операции пациенты просто выражают естественное неудовольствие в отношении возрастных изменений кожи, хотят повысить свою самооценку или просто «выглядеть лучше». Необходимо собрать анамнез жизни и медицинский анамнез. Особое внимание нужно уделить наличию в прошлом травм лица, операций на лице, периферических нарушений кровообращения, проблем с кровоточивостью, коллагеновых сосудистых заболеваний. Также следует уточнить, курит ли пациент и употребляет ли алкоголь, а затем составить список принимаемых препаратов (рецептурных, нерецептурных, гомеопатических).

**Техника операции по фейслифтингу - подтяжке верхней трети лица.**

К настоящему времени разработано несколько операций для приподнятия бровей и сглаживания морщин в области лба. Наиболее предсказуемого результата можно добиться прямой подтяжкой бровей, самым простым и быстрым методом. К сожалению, в результате может остаться видимый шрам, а изменению подвергается только положение бровей. При подтяжке верхней трети лица разглаживаются морщины на лбу, но после данной процедуры также остается видимый рубец. При подтяжке верхней трети лица через венечный доступ шрам скрывается на волосистой части кожи головы; в ходе этой операции можно и разгладить морщины лба, и приподнять брови, но восстановление после нее занимает больше времени. Эндоскопическим фронтлифтингом можно добиться схожих эстетических результатов, при этом не образуется видимых рубцов, а период восстановления короче. Но для проведения этой операции требуется специальное эндоскопическое оборудование, а ее эффективность при выраженном птозе бровей значительно меньше.

Наконец, височная подтяжка, выполненная либо через небольшой разрез, либо эндоскопически, позволяет приподнять латеральный край брови. Также ее легко можно совместить с подтяжкой верхней трети лица. К недостаткам относится малая эффективность при лифтинге средней и медиальных третей брови.

1. **Прямая подтяжка бровей.**

Прямая подтяжка бровей представляет собой небольшую операцию, которую можно выполнять под местной анестезией. Она позволяет приподнять латеральные две трети бровей. Это оптимальный вариант в случае выраженной асимметрии бровей, например, при одностороннем параличе лицевого нерва. Идеальный пациент для этой операции — мужчина со светлой кожей и густыми бровями, в которых легко спрятать шрам. Необходимое расстояние подъема отмечается в виде эллипса над верхним краем брови. Затем эту кожу иссекают, снизу выделяют волокна круговой мышцы глаза и подшивают их к волокнам лобной мышцы сверху. После этого кожа послойно ушивается. В ходе выполнения модификации этой операции, непрямой подтяжки, горизонтальный разрез кожи выполняется внутри имеющейся складки лобной области на 1-2 см выше брови.

1. **Подтяжка средней зоны лба**.

При проведении подтяжки средней зоны лба разрез неправильной формы выполняется на уровне верхней складки лобной области между центральными зрачковыми линиями. Рассекается лобная мышца, затем ткани отсепаровываются под сухожильным шлемом до обнаружения мышцы гордецов и мышцы, сморщивающей бровь; их можно рассечь для сглаживания области глабеллы. Лобная мышца смещается кверху, ее избыточный объем удаляется, мышечно-сухожильный слой ушивается. Кожный лоскут возвращается на место, избыток кожи удаляется, дерма и эпидермис ушиваются послойно. Подтяжка средней зоны лба хорошо подходит лысым пациентам или пациентам с небольшим количеством волос, у которых также на лбу имеются глубокие борозды, в которых можно спрятать шрам. Недостатком является невозможность приподнять участки бровей, расположенные латеральнее центральных зрачковых линий.

1. **Венечная подтяжка верхней трети лица.**

Для проведения венечной подтяжки верхней трети лица требуется выполнение широкого разреза, идущего от корня завитка с одной стороны до корня завитка с другой. С латеральных сторон кожа выделяется под височно-теменной фасцией (которая соединяется и со SMAS, и с сухожильным шлемом), через которую проходит височная ветвь лицевого нерва; на уровне между височными гребнями выделение тканей должно проходить под сухожильным шлемом. Плотные надкостничные перемычки височно-теменной фасции и сухожильного шлема остро рассекаются на уровне височной линии. На уровне около 2 см выше от глазничных дуг отслойка должна проходить поднадкостнично (где сухожильный шлем уже не так плотно спаян с надкостницей), затем отсепаровка ведется до глазничных дуг. После этого кожный лоскут можно «отвернуть», чтобы обнажить мышцу гордецов и мышцу, сморщивающую бровь. Затем мышцы пересекаются. Лобная мышца рассекается на уровне самой глубокой поперечной складки. Лоскут смещается кверху, избыток кожи удаляется, разрезы сухожильного шлема и кожи ушиваются, а рана дренируется. При проведении подтяжки средней зоны лба и венечной подтяжки верхней трети лица требуется определенная гиперкоррекция, поскольку точка фиксации находится на уровне рассечения сухожильного шлема (при венечном доступе), а не на уровне брови (представляющей интерес). Из-за этого лоскут может несколько «сползать» со временем. При проведении подтяжки средней зоны лба требуется гиперкоррекция около 150% от желаемой, при проведении венечной подтяжки — 200-250%.

1. **Височный лифтинг.**

Височная часть венечной подтяжки может быть выполнена изолированно для лифтинга латеральной части брови. На волосистой части височной области кожа рассекается и отслаивается книзу до уровня глазничной дуги (под контролем зрения или эндоскопа). Далее рассекаются крепления в области верхней височной линии и вплоть до глазницы, при этом рассекается связка, поддерживающая глазницу. Латеральный край брови приподнимается, избыток кожи удаляется, разрез ушивается послойно.

**5. Эндоскопическая подтяжка верхней трети лица.**

Эндоскопическая подтяжка верхней трети лица опирается на ряд принципов, описанных выше, но при этом более полно учитывает функциональную динамику бровей. На волосистой части кожи головы в области между височными линиями выполняется несколько разрезов 1-2 см (обычно от двух до четырех). На каждом виске выполняется по одному дополнительному разрезу (как при височном лифтинге). Через центральные разрезы ткани отсепаровываются поднадкостнично (реже — под сухожильным шлемом) до уровня глазничных дуг и глабеллы, через разрезы в височных областях отслойка происходит под височно-теменной фасцией в медиальном направлении до уровня верхней височной линии и снизу до скуловой дуги и латерального края глазничной дуги. При отслойке тканей следует быть осторожным, чтобы не повредить височную ветвь лицевого нерва, который проходит в толще височно-теменной фасции. В данном слое сосудов относительно немного, исключение составляет переходная вена (скуловисочная вена, так называемая «пограничная вена»), которая проходит между височно-теменной фасцией и височной мышцей и далее проходит через глубокую височную фасцию в непосредственной близости от височных ветвей лицевого нерва. Каутеризации на данном этапе желательно избегать, но при необходимости (из-за выраженного кровотечения, либо при необходимости дополнительного доступа при подтяжке средней зоны лица, см. ниже) ее следует проводить глубже уровня вены. Фиброзные перемычки на уровне верхней височной линии рассекаются до уровня верхней глазничной дуги. Затем рассекается надкостница (после того, как была идентифицирована краевая дуга, т.е. периост верхней глазничной стенки). Этот разрез должен продолжаться за среднюю линию, от одного латерального угла глаза до другого. В области глабеллы нужно идентифицировать мышцу, сморщивающую бровь, мышцу гордецов, и мышцу, опускающую бровь, после чего надсечь их, не повредив при этом ветви надглазничного и надблоко-вого нервов. После ослабления мышц лобный лоскут становится подвижным и его можно переместить вверх. Раньше осложнения при выполнении эндоскопической подтяжки верхней трети лица были связаны с неспособностью обеспечить достаточно долгое (более шести недель) крепление бровей. Надкостница и сухожильный шлем не успевали срастись с расположенными глубже структурами, поэтому они смещались под действием силы гравитации. Тем не менее, с появлением костных швов и рассасывающихся фиксирующих конструкций, способных обеспечить достаточно долгую поддержку, добиться стойкого изменения положения бровей стало гораздо проще, поэтому чрезмерная гиперкоррекция не требуется. Затем височно-теменная фасция сдвигается кверху и подшивается к глубокой височной фасции, после чего рана ушивается. Восстановление проходит достаточно быстро, большинство пациентов выходит на работу в течение недели.

1. **Подтяжка средней зоны лица.**

Эндоскопическую подтяжку верхней зоны лица можно расширить за счет иссечения надкостницы над верхним краем скуловой дуги. После этого поднадкостничная диссекция продолжается до нижнелатерального края глазничной дуги и затем до средней зоны лица. Специальными элеваторами можно проводить отслойку вокруг подглазничного нерва, а книзу практически до самых корней зубов. Затем шов проводится через жировую клетчатку средней зоны лица и фиксируется к глубокой височной фасции в разрезе височной области. За счет этого ткани верхней трети лица смещаются вверх и латерально. Альтернативным доступом к средней зоне лица является доступ через нижнее веко. Используется либо трансконъюнктивальный, либо чрескожный разрез. После этого надкостница разрезается на уровне подглазничной дуги (как при доступе, использующемся при переломах средней зоны лица), ткани с обеих сторон от подглазничного нерва отслаиваются до корней верхних зубов, между боковыми стенками носа с медиальной стороны и жевательных мышц с латеральной. После рассечения надкостницы и отсепаровки тканей книзу при помощи шовного материала или костных фиксаторов надкостница и жировая клетчатка средней зоны лица фиксируются кверху. Для профилактики эктропиона важно фиксировать и латеральный угол глаза. И хотя при эндоскопическом доступе не требуется разрезов век, из-за чего снижается риск их послеоперационного смещения, имеется 1-2% шанс повредить лобную или щечную ветви лицевого нерва. Также из этого доступа невозможна деформация «слезной борозды» (опущение нижнего века книзу от медиального угла глаза). При использовании транспальпебрального доступа нарушение положения век может встречаться в 19% случаев, но при использовании костных фиксаторов частота должна быть существенно меньше. Выбор доступа зависит от навыков хирурга и предпочтений пациента.

**Список используемой литературы.**

1. **Курс пластической хирургии: Руководство для врачей. В 2 т. / Под ред. К.П. Пшениснова. Ярославль; Рыбинск: Изд-во ОАО «Рыбинский Дом печати» - 2010, 2т.1: Общие вопросы . Кожа  и ее поражения. Голова и шея. – 754с.**
2. **Курс пластической хирургии: Руководство для врачей. В 2 т. / Под ред. К.П. Пшениснова. Ярославль; Рыбинск: Изд-во ОАО «Рыбинский Дом печати»-2010, 2т.1: Молочная железа. Туловище и нижняя конечность. Кисть и верхняя конечность. – 665 с.**
3. **Шеррис Дэвид. Реконструктивная пластическая хирургия лица.-М.:МЕДпресс-информ, 2015.-320 с.**
4. **Пейпл А.Д.(и др.); под редакцией А.Д Пейпл); Пластическая и реконструктивная хирургия лица. Изд-во Бином. Лаборатория знаний-2013.-1136 с.**