

**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. Гильмана

РЕФЕРАТ

На тему: Эстетические пропорции лица

**Заведующий кафедрой: д.м.н.проф
Винник Юрий Семенович
Преподаватель: Чикишева Инна
Викторовна**

**Выполнила: Врач ординатор
Антипова Эльвира Александровна**

Красноярск 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
1. Эпидемиология старения лица.....	4
2. Терминология.....	4
3. Анатомия старения лица.....	5
4. Естественное старение лица.....	6
5. Обследование при старении лица.....	7
Список литературы.....	10

Введение

Детальный эстетический анализ лица пациента является одним из ключевых элементов, необходимых для успешного результата операции. Лицевой пластический хирург, подобно художнику, должен заранее предвидеть конечные результаты своей работы, которые зависят не только от квалификации врача, но также и от анатомических характеристик лица пациента.

Особенности строения лица могут сильно варьировать в зависимости от национальности, возраста, пола, медицинского или хирургического анамнеза, перенесенных в прошлом операций или травм. Поэтому для достижения оптимального результата врач должен знать, какие пропорции лица принимаются обществом за норму. Иногда желания пациента оказываются невыполнимыми из-за определенных анатомических ограничений, о которых ему нужно обязательно рассказать до операции. Это позволит пациенту иметь реалистичные ожидания в отношении окончательного результата, а врачу после проведенной операции не придется иметь дело с неудовлетворенным больным.

1. Эпидемиология старения лица

Возрастные изменения во внешнем виде лица рано или поздно развиваются у всех людей. Причиной служит сочетание сразу нескольких факторов:

- резорбция костной ткани лицевого скелета
- нарушение поддерживающей функции мягких тканей вследствие их атрофии
- возрастных изменений кожи.

У некоторых пациентов все данные изменения развиваются раньше в результате различных факторов, к которым относятся генетическая предрасположенность (прогерия, синдром Элерса-Данлоса), избыточное воздействие солнечного света с последующими изменениями кожи (морщины, пигментация, потеря эластичности), конституция, некоторые медицинские состояния (например, изменения кожи у пациентов, длительно принимающих кортикостероиды, липодистрофия лица у пациентов с ВИЧ, принимающих антиретровирусные препараты).

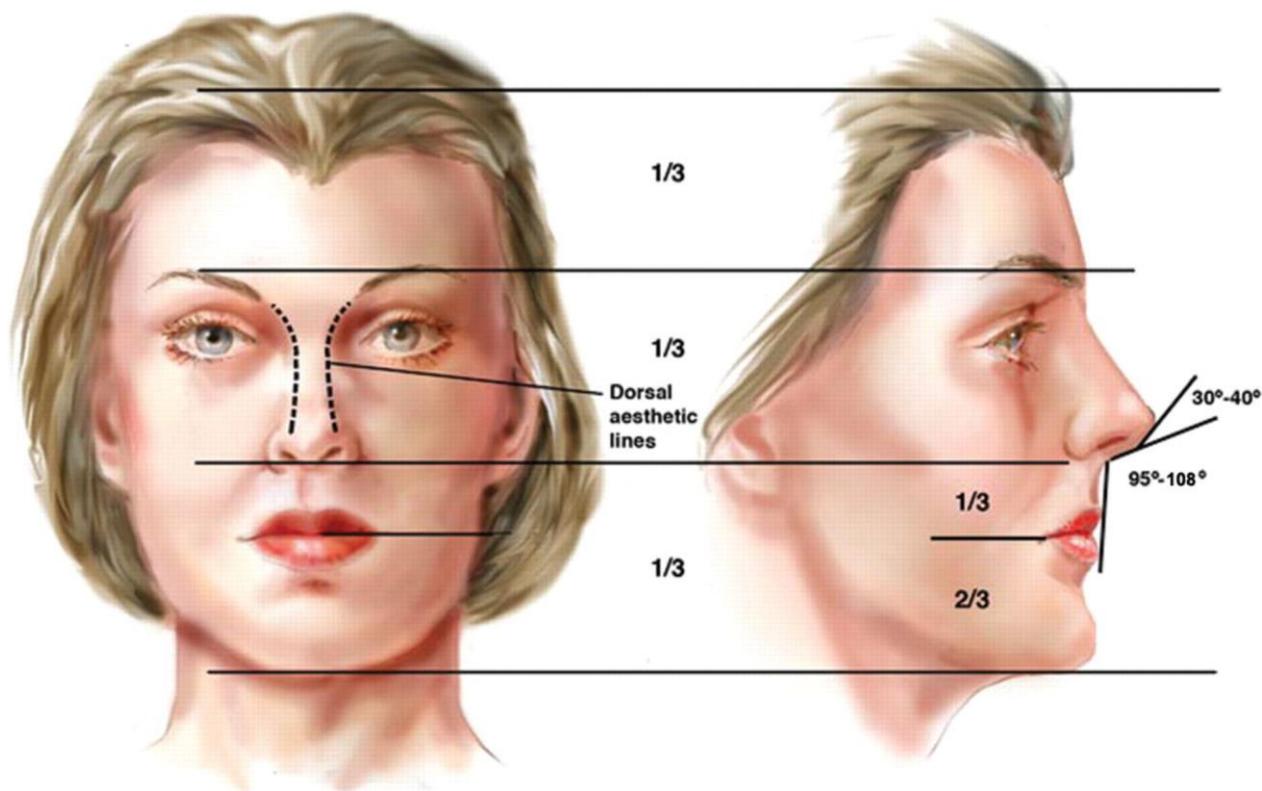
Многие генетические синдромы сопровождаются характерными изменениями анатомии лица, которые обнаруживаются при рождении (например, синдром Тричера-Коллинза, Крузона, Ваарденбурга).

2. Терминология

Несколько ключевых анатомических ориентиров крайне помогают в проведении эстетического анализа лица.

Начиная сверху, **трихион** является верхней границей лба и соответствует уровню роста волос. **Глабеллой** называют наиболее выступающую точку лба при анализе лица в профиль. **Назион** представляет собой углубление в области корня носа, он соответствует лобно-носовому шву. Корень носа, термин, который иногда некорректно используют для обозначения **назиона**, представляет собой наиболее глубокую точку носолобного угла. **Ринион** — костно-хрящевое соединение в области спинки носа. **Субназале** — точка соединения колумеллы с верхней губой у основания носа. Красная кайма губ представляет собой место соединения слизистой оболочки и кожи. **Ментон** — самая нижняя точка мягких тканей подбородка, **погонион** — самая передняя точка подбородка. **Трагион** соответствует надкозелковой вырезке, эта точка важна для определения

прохождения горизонтальной (франкфуртской) плоскости, которая проходит от трагиона до нижней глазничной дуги.



3.Анатомия старения лица

Традиционно лицо делится на три области по горизонтали и пять областей по вертикали. Границей верхней трети лица являются линия роста волос и брови/глабелла; средняя треть лица располагается между глабеллой и субназале; нижняя треть находится между субназале и ментоном.

Это деление является достаточно грубым, и, в большинстве случаев, нижняя треть лица обычно чуть длиннее, чем средняя треть. Нижняя треть лица тоже может быть разделена на трети: верхняя губа соответствует верхней 1/3, нижняя губа и подбородок составляют нижние 2/3.

Деление лица на фронтальные «пятые» помогает оценить симметрию лица во фронтальной проекции, каждая пятая часть соответствует ширине глаза: от края завитка до латерального угла глаза (2), от латерального угла до медиального угла глаза (2), интеркантальное расстояние между медиальными углами глаза (1). Для определения соотношения различных структур лица друг к другу описано несколько лицевых углов. Размер некоторых из этих углов относительно постоянен и у мужчин, и у женщин, в то время как другие зависят от пола.

Носолобный угол измеряется в области назиона, он представляет собой угол перехода лба в спинку носа. Его значение варьирует от 115° (у мужчин) до 120° (у женщин). Носогубной угол представляет собой угол между колумеллой и верхней губой, у мужчин он равен примерно $90-95^\circ$ градусам, у женщин $100-110^\circ$. Увеличение этого угла приводит к избыточной ротации носа, в то время как его уменьшение проявляется недостаточной ротацией кончика носа.

Шейно-подбородочный угол соответствует углу перехода шеи в нижний край подбородка; его притупление может наблюдаться при низко расположенной подъязычной кости, либо при избыточно развитой подподбородочной жировой клетчатке.

4. Естественное старения лица

Поверхностные линии на коже, морщины, сначала появляются единично, но со временем их становится больше, сами морщины становятся глубже, располагаются во всех направлениях. Мимическими линиями называются линии на лице, которые образовались при сочетании морщин с многократными мышечными сокращениями, а также при изменении текстуры кожи вследствие воздействия на нее солнечного цвета. Углубление мимических линий до уровня дермы приводит к появлению кожных борозд. По мере нарастания избытка кожи и усугубления ее птоза, кожные борозды превращаются в кожные складки.



5.Обследование при старении лица

Важно оценивать отдельные анатомические области лица как по отдельности, так и в их сочетании друг с другом.

К ним относятся: лоб, периорбитальная область, средняя зона лица, нос, периоральная область и подбородок, шея и уши.

1. Лоб. Аллопеция, или облысение, приводит к смещению кверху линии роста волос и увеличению высоты верхней трети лица. Гипертонус лобной мышцы лица вместе со снижением эластичности кожи могут привести к появлению так называемых «тревожных линий» или горизонтальных линий на лбу, которые по своей выраженности могут варьировать от едва заметных мимических линий до глубоких, сморщенных борозд. Сокращение мышцы гордецов со временем приводит к появлению в области корня носа горизонтальных морщин, действие мышцы-сморщивателя брови ведет к формированию вертикальных морщин глабеллы. Гипертонус данных мышц также ведет к птозу бровей.

Другим фактором, способствующим опущению бровей, является снижение объема подкожных тканей надбровной области, в результате чего зона бровей «сдувается». Нужно оценивать степень птоза бровей, его локализацию (медиальный, латеральный, смешанный), симметричность при двустороннем птозе. При обнаружении асимметрии бровей нужно обратить внимание пациента на этот факт, поскольку после проведения лифтинга бровей она сохранится. При прогрессировании птоза может развиваться «нависание» латеральных краев верхних век, ведущее к выпадению боковых полей зрения. Данное состояние является функциональным показанием для коррекции птоза бровей.

2. Периорбитальная область. Оцениваются размер, форма, симметричность отдельных составляющих этой области. Интеркантальное расстояние, равняющееся ширине одного глаза, может увеличиваться при определенных синдромах, вследствие травмы носо-глазничной области. Увеличение интеркантального расстояния называется гипертелоризмом. Асимметрия глазных щелей может появляться вследствие одностороннего птоза верхнего века, ее следует документировать в предоперационном периоде и исправить во время оперативного вмешательства. К другим аномалиям периорбитальной области относятся энофтальм, экзофтальм, дряблость нижнего века, эктропион, их также следует документировать при осмотре. Признаки старения век могут развиваться вследствие повышения

дряблости кожи (дерматохалазис), ложного грыжевого выпячивания орбитальной клетчатки через перегородку глазницы, приводящего к появлению «мешков под глазами», или вследствие сочетания двух этих факторов. Гипертрофия круговой мышцы глаза приводит к появлению морщин и «мышечному кольцу», которые обычно возникают на нижнем веке. Считается, что мешки на щеках возникают из-за отека латеральных подглазничных тканей.

3. Средняя зона лица. Потеря связочной опоры средней зоны лица приводит к смещению подкожных тканей кпереди и книзу, в результате чего количество подкожно-жировой клетчатки верхнелатеральной области щеки снижается относительно нижнемедиальной области. В результате этого распределения жировой ткани углубляется носогубная складка, на коже латеральнее от нее формируются складки, скуловая область скелетизируется, формируется субмалярная впалость, появляются дефекты кожи.

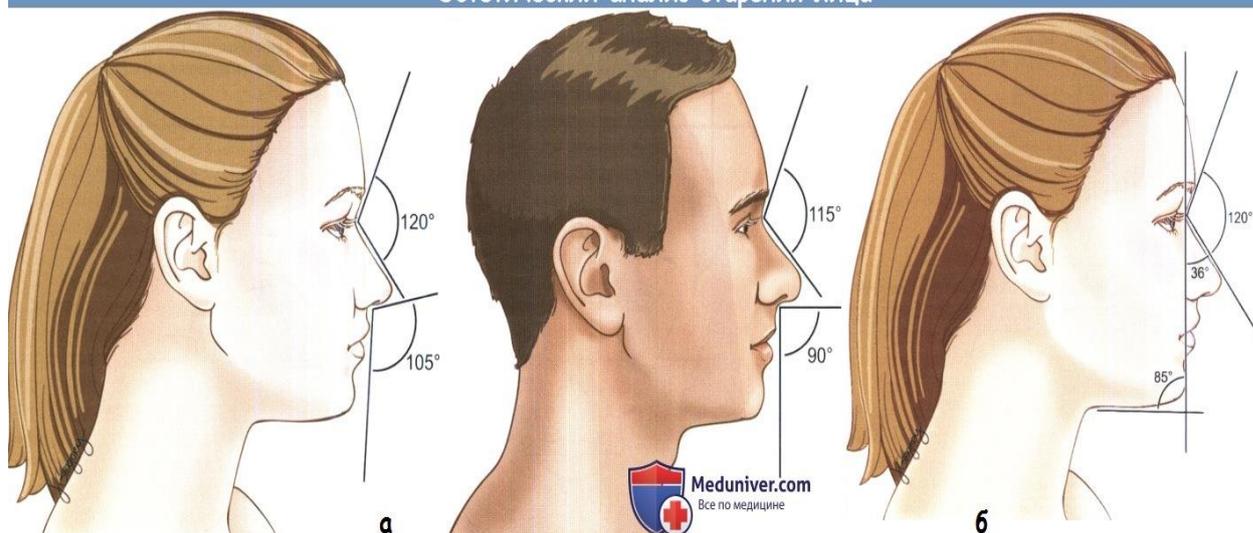
4. Нос. По мере ослабления хрящевого скелета носа и потери эластичности кожи ослабляется поддержка кончика носа, в результате чего происходит его опущение и уменьшение носогубного угла. С возрастом кончик носа может стать шире, т.к. межножковая связка постепенно ослабляется, а купола нижних латеральных хрящей расходятся в стороны. Из-за опущения кончика носа и утолщения кожи с возрастом горб спинки носа может стать более выраженным.

5. Периоральная область и подбородок. Атрофия мягких тканей, или дефляция периоральной области, приводит к удлинению верхней губы, истончению красной области губ, появлению периоральных морщин. «Морщины марионетки», идущие от углов губ к нижним отделам лица, тоже с возрастом становятся более выраженными. Резорбция нижней челюсти ведет к уменьшению проекции подбородка и к формированию микрогении.

6. Шея. Птоз мягких тканей средней и нижней зон лица вдоль челюстей приводит к образованию «второго подбородка». В результате снижения эластичности кожи и гипертонуса подкожной мышцы шеи формируются «платизмальные тяжи», а шейно-подбородочный угол притупляется. Врожденное низкое расположение подъязычной кости тоже притупляет шейно-подбородочный угол, перед проведением операции всегда нужно обращать внимание на положение подъязычной кости, т.к. от него зависит исход оперативного лечения.

7. Уши. Деформации ушных раковин являются наиболее распространенными аномалиями развития, но они могут быть и приобретенными, полученными в результате травмы, инфекции, оперативного вмешательства. Торчащие уши (лопоухость) возникают либо при слишком большом хряще ушной раковины, либо при недоразвитии противозавитка. Увеличение размеров мочки обычно носит возрастной характер, но также может быть связано с тяжелыми серьгами.

Эстетический анализ старения лица



Список литературы

1. Бычков В.В. Эстетика: Учебник. - М.: Гардарики, 2014. - 556 с.
2. Дедюлина М.А. Учебно-методический комплекс по курсу «Эстетика». Таганрог: Изд-во ТРТУ, 2016. - 136 с.
3. Краткий словарь по эстетике/ под ред. М.Ф. Овсянникова. - М.: Просвещение, 2019. - 223 с.