

The TREND BOOK

2020 • 2025

ЭКСПЕРТНАЯ
ОЦЕНКА
РАЗВИТИЯ
ИНДУСТРИИ

- АППАРАТНЫЕ МЕТОДИКИ
- НИТЕВЫЕ МЕТОДИКИ
- ИНЪЕКЦИОННЫЕ МЕТОДИКИ
- ANTI-AGE
- МАРКЕТИНГ



INMODE

эстетические решения

INMODE RF

ТЕХНОЛОГИЯ РАДИОЧАСТОТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ FACE TITE

ФОРМИРОВАНИЕ ЧЕТКИХ КОНТУРОВ С ОДНОВРЕМЕННОЙ ПОДТЯЖКОЙ КОЖИ ЛИЦА И ТЕЛА



FACEtite



MORPHEUS



ACCUtite



*БЕЗ ШВОВ

*БЕЗ РУБЦОВ

*БЕЗ РАЗРЕЗОВ





INMODE

эстетические решения



MORPHEUS8

Фракционная игольчатая RF-технология с программируемым управлением выдвигания игл от 1 до 7-мм



LUMECCA®

Устранение пигментации, сосудистых дефектов, омоложение кожи



DIOLAZEXL®

Лазерная эпиляция. Большая площадь насадки с максимальной плотностью энергии. Двойное охлаждение 755nm + 810nm / 810nm + 1064nm



FORMA® PLUS®

Термолифтинг, ремоделирование лица и тела



FORMA V™

Первая необлационная RF-технология для интимного омоложения. Контролируемая температура нагрева. Равномерное распределение тепла на всей поверхности обработки



BODY fx®

Селективное разрушение жировых клеток с одновременной подтяжкой кожи



VLAZE®

Неодимовый лазер с высокой плотностью энергии для обработки вен и крупных сосудов на лице и теле. Контактное охлаждение кожи



ООО «КИТ МЕД» – эксклюзивный дистрибьютор компании Invasix Ltd в России
109544, Москва, бул. Энтузиастов, д.2 БЦ «Голден Гейт»
Тел.: +7 (495) 225-99-55; www.invasive.ru



PROFacial

СОВРЕМЕННАЯ ТРАНСДЕРМАЛЬНАЯ МУЛЬТИФУНКЦИОНАЛЬНАЯ *Quadro технология*

АКВА ПИЛИНГ, RF,
ИОННЫЙ ЛИФТИНГ И УЛЬТРАЗВУК



КОМПЛЕКСНОЕ РЕШЕНИЕ ПО УХОДУ ЗА ЛИЦОМ

ULTRASOUND

Ультразвук

- Выравнивает микрорельеф поверхности кожи
- Стимулирует выработку коллагена и эластина



AQUA PEEL

Аква пилинг

- Глубокая очистка, отшелушивание и пилинг
- Глубокое проникновение, увлажнение и обновление кожи
- Антибактериальное, противовоспалительное и успокаивающее действие



RADIO FREQUENCY

Биполярный RF

- Ремоделирует коллаген и повышает эластичность кожи
- Безопасная и безболезненная процедура, быстрый эффект



LIFTING

Ионный лифтинг

- Мощный лифтинговый эффект
- Повышает тургор кожи, замедляет старение



ООО «КИТ МЕД» - эксклюзивный дистрибьютор
компании Seoulin Medi Care (Корея) в России
Москва, Бульвар Энтузиастов, д. 2, БЦ «Голден Гейт»
Тел: +7 (495) 225-99-55, www.profacial.ru





ЛУЧШЕЕ ВРЕМЯ БЫТЬ КРАСИВОЙ СЕЙЧАС



www.pluryal.info
[@pluryal_russia](https://www.instagram.com/pluryal_russia)



**ПРЕМИАЛЬНОЕ ЕВРОПЕЙСКОЕ
КАЧЕСТВО**



**ПРЕДСТАВЛЕННЫ
В 70 СТРАНАХ МИРА**



13 ЛЕТ НА РЫНКЕ



**МЕЖДУНАРОДНЫЕ
СТАНДАРТЫ ПРОИЗВОДСТВА**



ООО «КИТ МЕД» 109544, Москва,
Бульвар Энтузиастов, д. 2
Бизнес-центр Голден Гейт ИНН
7701845930, ОГРН 1097746458611
+7 (495) 225-99-55



MADE IN JAPAN

ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ, СВЕЖЕСТИ И СИЯНИЯ КОЖИ.
ДЛЯ ГИБКОСТИ СУСТАВОВ.
ДЛЯ ПРЕКРАСНОГО САМОЧУВСТВИЯ.



ПРОБИОТИК

- ☼ Укрепление иммунитета
- ☼ Восстановление микрофлоры
- ☼ Улучшение пищеварения

ПИТЬЕВОЙ КОЛЛАГЕН

- ☼ Синтез коллагена
- ☼ Регенерация клеток
- ☼ Увлажнение кожи



МЕТАБИОТИК

- ☼ Борьба с патогенами
- ☼ Противо-аллергические действия
- ☼ Тонизирующий эффект



ООО «КИТ МЕД» — официальный представитель
продуктов DR. OH-HIRA

г. Москва, бульвар Энтузиастов, дом 2, оф. 1012

8 495 225 99 55, 8 968 713 10 05

WWW.DRONHIRA.RU



KIT MED
КОМПАНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ



БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНАЯ ДОБАВКА. НЕ
ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

NANNIC

БЕЛЬГИЙСКАЯ ТРАНСДЕРМАЛЬНАЯ ХРОНОКОСМЕЦЕВТИКА



- ЭФФЕКТИВНОСТЬ
- БЕЗОПАСНОСТЬ
- НАТУРАЛЬНОСТЬ
- ГИПОАЛЛЕРГЕННОСТЬ



ООО «КИТ МЕД» - официальный дистрибьютор
Nannic Innovative Skin Care Solutions в России и Белоруссии
109544, Москва, Бульвар Энтузиастов, д. 2, БЦ «Голден Гейт», офис 1012
Тел: +7 (495) 225-99-55; www.nannic.ru



ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ

Научно-практический курс
пользователей INMODE

ПРОДВИНУТЫЙ УРОВЕНЬ

Это цикл учебно-практических мероприятий для обмена клиническим опытом, направленных на повышение квалификации и компетенций по достижению наилучших результатов с помощью аппаратных технологий от INMODE. Совместная практическая работа, создание и обсуждение эффективных протоколов, разбор клинических кейсов.

 2 УЧЕБНЫХ ДНЯ, **ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ – ПРАКТИЧЕСКИЙ**

 **ФОРМАТ УЧАСТИЯ – OFFLINE**

 **КОЛИЧЕСТВО УЧАСТНИКОВ – 15**



MORPHEUS



LUMECSSA*



FORMA*



FORMA PLUS*



BODYFX*



FORMA L™



ЭКСПЕРТНЫЙ ПРАКТИКУМ

КУРС ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
ПРОДВИНУТЫЙ УРОВЕНЬ

FACEtite



MORPHEUS



Нитевые
методики



ACCUtite



Инъекционные
методики



FACEtite



БТА



**2 УЧЕБНЫХ ДНЯ –
ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ,
ПРАКТИЧЕСКИЙ**

**ФОРМАТ УЧАСТИЯ –
OFFLINE**

**КОЛИЧЕСТВО
УЧАСТНИКОВ –
12 ЧЕЛОВЕК**

ТОЧКА G



АКАДЕМИЯ СОВРЕМЕННОЙ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ И ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ

ЭТО ЦИКЛ УЧЕБНО-ПРАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ОБМЕНА КЛИНИЧЕСКИМ ОПЫТОМ, направленных на повышение квалификации и компетенций по достижению наилучших результатов В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ, ЧЕРЕЗ СОВМЕСТНУЮ ПРАКТИЧЕСКУЮ РАБОТУ, создание и обсуждение эффективных протоколов, разбор клинических кейсов.



ФОРМАТ: OFFLINE

**КОЛИЧЕСТВО
УЧАСТНИКОВ
ОГРАНИЧЕНО:
15 ЧЕЛОВЕК**





VI БАЛ МЕДИКОВ

16 ИЮНЯ 2024 Г.



ОГЛАВЛЕНИЕ

КРЕЙНДЕЛЬ М. Многофункциональные платформы – будущее аппаратной косметологии	6
ФЛЕГОНТОВА Е.А., КРЕЙНДЕЛЬ М. Тонкая работа: коррекция возрастных изменений кожи на дермальном и субдермальном уровнях при помощи радиочастотной микроигльчатой терапии	18
АРШАКЯН В.А., АБРАМОВ Е.А. Сэндвич-лифтинг от BodyTite: коррекция дряблости и атонии кожи при помощи комбинированного RF-воздействия	32
АБРАМОВ Е.А. Последние достижения в сфере интимного омоложения: насадки FormaV и FractoraV	41
МАЛХОЛЛАНД С. Неэксцизионная RF-коррекция возрастных изменений периорбитальной области: комплексный подход от BodyTite	48
ДУНКАН Д. «Мегасессии»: оценка эффективности более редких и более длительных сеансов RF-липолиза при неинвазивной коррекции фигуры	60
КАЦ Б. Фракционная RF-терапия акне и постакне: результаты проспективного клинического исследования	67
СИРИТАНАБАДИКУЛ П., ЛЕТРАКУЛВАННА В., СУВАНЧИНДА А. Новая технология уменьшения продукции себума и коррекции атрофических рубцов постакне	75
АРШАКЯН В.А. Уплотнение кожи и коррекция дряблости с помощью мультимодальных RF-технологий	85
КОЭН С., ДОМИНСКИЙ О., АРЦИ О., ДАЯН Э., ЭКШТЕЙН Д. Радиочастотная термокоагуляционная технология омоложения лица и шеи на глубоком уровне: клиническая и ультразвуковая оценка результатов	92

ФЛЕГОНТОВА Е.А. Иглы иглам рознь. Зависимость клинического эффекта фракционного RF-термолиза от типа игольчатых электродов	104
БРАГИНА И.Ю. Фракционные игольчатые RF-технологии: механизм действия и принципы применения в коррекции эстетических несовершенств	116
ЛЫСИКОВА В.А. Ошибки, которые сложно исправить: применение микроигольчатого радиочастотного метода для коррекции осложнений мезотерапии	126
ЛЫСИКОВА В.А. Радиочастотная микроигольчатая терапия Morpheus8 для коррекции последствий биодеградациии гиалуронового геля с помощью гиалуронидазы: клинические случаи	136
ЮРЧЕНКО И.А. Лечение первичного аксиллярного гипергидроза с использованием высокоинтенсивного сфокусированного фракционного радиочастотного микронидлинга FractoraDry Inmode®	150
ДАЙЯАН Э. Неинвазивная коррекция вульвовагинальной области	156
ВОСТРИКОВА А.В. Электромиостимуляция — новое направление в эстетической коррекции контуров тела с уникальными возможностями	162
ФЛЕГОНТОВА Е.А. Три мишени за один выстрел: комплексная трансформация контуров тела от EVOLVE TRANSFORM	174
ЛЫСИКОВА В.А. Радиочастотная микроигольчатая терапия и нитевой лифтинг: до или после? Обзор комбинированного применения методов	182
ГОЛД М., ХЕЛЛМЕН ДЖ., ДАХАН С., МАЛХОЛЛАНД С. Клиническая оценка нового диодного лазера Diolaze XL гибридного типа для удаления волос	194
ЛОРАН М.С. Diolaze — новое слово в лазерной эпиляции	200
ДОБРЯНСКАЯ Л.И. Гибридные лазеры — универсальный инструмент устранения нежелательных волос	210

ШЕПТИЙ О.В., ГЕНЕРАЛОВА Т.В.	
Плазменные технологии в косметологии и дерматологии: новые возможности и перспективы использования	222
ЛОРАН М.С.	
Безоперационная блефаропластика у мужчин методом плазменной сублимации	235
Ламеллярные сыворотки NANNIC: корнеотерапевтический подход к решению специфических косметологических задач	237
Трансдермальные технологии NANNIC в борьбе за качество кожи	243
ФЛЕГОНТОВА Е.А.	
Nannic: научный подход к терапии алопеции	249
ФЛЕГОНТОВА Е.А.	
Особенности барьерной функции кожи и комплексная anti-age корнеотерапия для женщин 50+	262
ЖАБОЕВА С.Л.	
Обоснованное использование БТА у молодых пациентов с целью ранней профилактики возрастных изменений	280

МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОГО ЭКСПЕРТНОГО ФОРУМА «ТРЕНДЫ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ»

БЫЧКОВА Н.Ю., ЗАМАРАЕВА Д.Д.	
Патология пигментации, протоколы лечения сочетанных методик, современные пошаговые алгоритмы для получения стабильного, быстрого результата	292
ГАВАШЕЛИ Л.Г.	
Молодость 2.0. Протокол комплексной коррекции лица и шеи пациентки инъекционным продуктом Sculptra®	301
ГРУЗДЕВ Д.А.	
«Гамак Груздева» с двойной модифицированной петлей — новая технология комбинированного применения нитей Spring Thread и полипропиленовых нитей для коррекции шейно-подбородочного угла	305
ГУБАНОВА Е.И., ЗАКИРОВА Г.Ш., СТАРОВАТОВА П.А., ВАВИЛОВА А.А.	
Комбинированные методы косметологической коррекции. Классификации старения в доказательной косметологии	308

ЛЕШУНОВ Е.В. Эстетическая гинекология: время расставить точки над і	316
НАЗИМОВА Е.М. Интегративный подход к решению эстетических задач в интимной сфере женщины	320
ПРОЩАЕВ К.И. Нормализация микробиоты — путь к улучшению состояния психоэмоциональной сферы	322
САВАСТРУ Ю.В. Малоинвазивные методы коррекции асимметрии лица при парезе лицевого нерва	328
СЕМЕНЦОВ А. Продавать или лечить? На приеме косметолога — мужчина	331
ТИТЕЛЬ Ю.Б. Система управления собственным ресурсом	335
ФЛЕГОНТОВА Е.А. Генотипирование — ключ к эффективности в anti-age медицине	337

ИЗБРАННЫЕ МАТЕРИАЛЫ УЧАСТНИКОВ КОНКУРСА «ДОКТОР СТАР 2023»

КОЗЫРЕВА М.В. Сосудистые осложнения при проведении контурной инъекционной пластики в области лба. Клинический случай	341
ЛЕСНИКОВА А.Ш. Синергизм косметологии и маркетинга, или Пациенты на всю жизнь	346
МАЛЬГИНОВА Е.В. Возможности аппаратной косметологии в вопросах лечения рубцовых состояний в области лица разного генеза	356
МАНАСЯН А.М. Особенности коррекции представителей разных рас	364
РЕЙБЕР-АВСТРИЙСКАЯ А.А. Пациент-мужчина и эстетическая медицина	373

СКОВОРОДНИКОВА И.В. Паралитический лагофтальм лицевого нерва различной этиологии и сопровождается двигательными расстройствами	377
СОЛОШЕНКО Д.А. Контурная пластика губ у мужчин. Как новаторский подход к «мужской косметологии» помогает поверить в себя, не теряя мужественности	383
ЯРОВАЯ Н.П. Рубцовые деформации с инклюзией асфальта	391

ИЗБРАННЫЕ МАТЕРИАЛЫ УЧАСТНИКОВ КОНКУРСА «ДОКТОР СТАР 2024»

ДУРАНДИНА В.Е. Статистическо-диагностический анализ времени образования нового коллагена у пациентов разных возрастных групп после нитевого лифтинга с использованием аппарата ультразвуковой диагностики	396
ИСКУЖИНА Д.А. Сочетанное использование световых методов с интрадермальным введением ботулотоксина в микродозах для лечения папуло-пустулезной формы розацеа	403
КРИВОСПИЦКАЯ Е.А. Клинический случай лечения атрофических рубцов и стрий у пациентки 30 лет после длительной терапии глюкокортикостероидами	408
НАГИБИНА Е.В. Комбинированный протокол технологий IPL и микроиглового RF-термолиза в периорбитальной зоне	415
ХАСИЕВА Э.Н.-Э. Возможности и особенности косметологических методов коррекции нижней трети лица у пациентов с мезиальным и дистальным прикусом	423
ЯЦКОВА И.В. SMART-технологии, или поиск совершенного подхода к мужской красоте	433

Крейндель М.

Многофункциональные платформы — будущее аппаратной косметологии

Появление на рынке многофункциональных платформ, оснащенных различными насадками, перевело аппаратную косметологию на новый уровень. Врачи получили целый арсенал возможностей в одном устройстве, что существенно расширяет подходы к лечению пациентов. В представленной статье рассмотрены возможности работы таких многофункциональных систем на примере платформы InMode (производство Invasix, Израиль), которая позволяет использовать разные варианты световых и радиочастотных технологий.

Ключевые слова: лазер, IPL, радиочастотное воздействие, RF, RF-липолиз, электропорация

Крейндель Михаил

Ph.D., технический директор
компании Invasix, Израиль

Один из ярких трендов в области аппаратной косметологии — разработка и производство многофункциональных платформ оснащенными насадками, которые используют разные виды энергии: световую (лазеры и IPL), электрическую (RF и УВЧ), ультразвуковую, механическую (вакуум, вибрация) и т.д. Одна такая машина может решить широкий спектр эстетических проблем и существенно расширяет перечень услуг, предлагаемых дерматологическими и косметологическими центрами, не требуя при этом покупки большого количества аппаратов и оборудования отдельных помещений под каждый из них. Более того, наличие «под рукой» большого количества насадок позволяет индивидуализировать подход к каждому пациенту — врач может использовать комбинацию различных видов физического воздействия в ходе одной процедуры для достижения оптимальных результатов у конкретного человека.

Примером такой современной многофункциональной системы, позволяющей проводить процедуры по омоложению кожи, устранению рубцов, коррекции контуров тела, эпиляции и интимной пластике за счет использования разных видов световой и электрической энергии является платформа InMode (Invasix, Израиль) (**рис. 1**).

Световые технологии

КАК РАБОТАЮТ?

История использования световой энергии в эстетической медицине связана с разработкой концепции селективного фототермолиза, представленной Ричардом Роксом Андерсоном (R.R. Anderson) и Джоном Пэрришем (J. Parrish) в 1983 г. [1]. Согласно этой концепции, разные виды светового излучения избирательно поглощаются отдельными структурами и молекулами кожи (хромофоры),



Рис. 1. Многофункциональная платформа InMode с насадками

и, следовательно, возможно целевое воздействие на эти компоненты.

Для каждого из хромофоров есть собственный спектр абсорбции, отображаемый в виде кривой, в которой пики — это те длины волн, которые поглощаются с максимальной эффективностью (рис. 2) [2]. Основными хромофорами кожи, поглощающими свет в видимой и инфракрасной областях, являются:

- **гемоглобин и его производные** — основной спектр поглощения находится в диапазоне 500–600 нм, при смещении в сторону ИК-света интенсивность поглощения уменьшается. Однако коротковолновое излучение обладает небольшой проникающей способностью, поэтому для воздействия на глубоко расположенные мишени используются волны с большей длиной;
- **меланин** — хорошо поглощает излучение в диапазоне от 400 до 1100 нм с постепенным уменьшением коэффициента абсорбции (интенсивности поглощения) в сторону ИК-спектра. Но поскольку эти длины волн частично пересекаются со спектром абсорбции гемоглобина, то для целевого воздействия непосредственно на меланин используют излучение в диапазоне 650–1100 нм — так называемое меланиновое окно, при котором минимизировано влияние на другие хромофоры;
- **вода** — интенсивно поглощает свет ближнего ИК-диапазона начиная с 1000–1100 нм, с увеличением в сторону среднего и дальнего ИК-спектра.

При поглощении световой энергии хромофор переходит в возбужденное нестабильное состояние, из которого он стремится выйти, выделяя при этом избыток энергии в виде тепла. В результате происходит нагревание хромофора и структур, которые его содержат. При передаче большого количества энергии температура в тканях-мишенях повышается на десятки градусов, что сопровождается необратимым их повреждением (коагуляцией, абляцией) [3, 4].

Устройства, генерирующие излучение, которое активно поглощается гемоглобином, используются для разрушения сосудистых патологий (сосудистая сеточка, телеангиэктазии, «винные» пятна), меланином — для разрушения пигментных пятен и эпиляции. Что касается использования молекул воды в качестве хромофора, то поскольку они в том или ином количестве содержатся во всех клетках и внеклеточном пространстве, при облучении кожи соответствующими длинами волн происходит «неселективное» воздействие и нагревание ткани, попадающей под луч. В эстетической медицине такое облучение используется в первую очередь для контролируемого повреждения и запуска восстановительных реакций с целью омоложения кожи — в частности, ремоделирования соединительнотканного каркаса дермы и улучшения текстуры кожи.

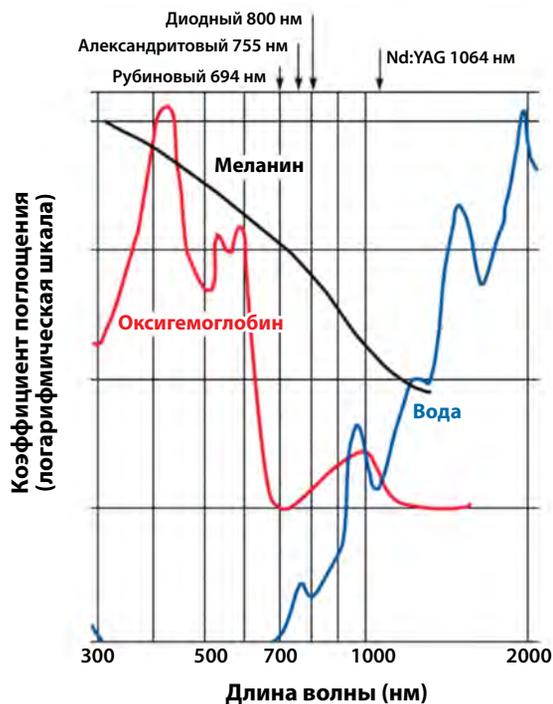


Рис. 2. Зависимость коэффициента поглощения от длины волны лазерного излучения для различных хромофоров [2]

Выделяют 2 вида световых технологий:

- **лазерные** — генерируют монохроматическое (одна длина волны), когерентное (волны согласованы по фазе колебаний) и коллимированное (узкий нерасходящийся световой луч) излучение;
- **IPL (Intense Pulsed Light)** — широкополосное излучение, обычно находящееся в диапазоне от 515 до 1200 нм (контролируется с помощью специальных фильтров).

Благодаря испусканию лучей с одной длиной волны лазеры обеспечивают более целевое и интенсивное воздействие, чем IPL-устройства, энергия которых распределяется между всеми указанными хромофорами. Однако в некоторых случаях имеют преимущество IPL-аппараты — например, при обработке больших областей кожи или кожи с начальными признаками фотостарения, такими как пигментные пятна, сосудистые звездочки и поверхностные морщины, воздействуя одновременно на все из них. Кроме того, современные IPL-устройства генерируют излучение большой мощности, что существенно увеличивает эффективность их воздействия по сравнению с первыми IPL-аппаратами [1–5].

КАКИЕ ПРОБЛЕМЫ РЕШАЮТ?

Платформа InMode оснащена как IPL-, так и лазерными насадками, используемыми для решения множества эстетических проблем.

Насадка Lumessa

Особенности работы. IPL-насадка, генерирующая интенсивный свет с чрезвычайно высокой пиковой мощностью (3000 Вт) и очень короткой продолжительностью импульса (2–30 мс), — устройство способно доставлять энергию 10 Дж/см² всего за 3 мс (**рис. 3**). В качестве источника IPL в насадке Lumessa используется специальная ксеноновая лампа с широкополосным излучением, в котором до 40% энергии импульса приходится на спектр 500–600 нм, в то время как в стандартных IPL-системах — только 10–15%. Таким образом, наибольшее количество энергии соответствует основным пикам поглощения меланина и гемоглобина. Кроме того, насадка формирует большой размер пятна (30 × 10 мм) и оснащена контактной регулируемой системой охлаждения.

Показания для использования:

- нежелательная пигментация;
- сосудистые дефекты;
- омоложение (кроме устранения пигментных и сосудистых дефектов, также улучшает текстуру кожи и уменьшает признаки фотоповреждения).

Благодаря высокой мощности воздействия рекомендованный курс фотоомоложения с использованием насадки Lumessa составляет 1–2 процедуры вместо 4–5 процедур при работе с классическими IPL-устройствами [6].

Насадки Diolaze и DiolazeXL

Особенности работы. Высокотехнологичные лазерные диодные насадки, относящиеся к новому поколению гибридных лазеров (**рис. 4**). Эти насадки



Рис. 3. IPL-насадка Lumessa

Таблица. Рекомендации по использованию гибридных лазерных насадок в зависимости от фототипа кожи и цвета волос пациента

Длина волны	810 нм	755/810 нм	810/1064 нм
Индивидуальные особенности волос и кожи пациента	<ul style="list-style-type: none"> ■ Черные, каштановые и темно-русые волосы ■ Жесткие и нормальные волосы ■ I–VI тип кожи 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Черные, каштановые и светло-русые волосы ■ Жесткие и тонкие волосы ■ I–V тип кожи 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Черные и каштановые волосы ■ Очень жесткие и густые волосы ■ Возможность безопасного применения у пациентов с VI типом кожи

способны генерировать излучение сразу нескольких диапазонов, соответствующее классическому диодному спектру, а также спектру александритового и неодимового Nd:YAG-лазеров. Специальные режимы позволяют обрабатывать кожу как монохроматическим излучением, так и гибридным лучом:

- 810 нм;
- 755/810 нм;
- 810/1064 нм.

Благодаря таким комбинациям возможен оптимальный подбор насадок для обработки пациентов с разными фототипами кожи (см. **таблицу**).

Насадки генерируют излучение с большим размером пятна, очень высокой пиковой мощностью и высокой частотой повторения импульсов, что позволяет доставлять вплоть до 40 Дж/см² за 30 мс. Длительность импульсов может регулироваться в диапазоне от 5 до 140 мс. Также насадки оснащены собственной системой контактного охлаждения, работающей как до, так и во время импульса и после него, что обеспечивает комфорт и безопасность обработки.

Показания для использования:

- эпиляция на коже разных фототипов и с разным цветом волос (см. **таблицу**).

Насадка Vlaze

Особенности работы. Представляет собой Nd:YAG-лазер, испускающий волны с длиной 1064 нм, которые проникают в глубокие слои кожи. Позволяет проводить высокоинтенсивную (плотность энергии до 300 Дж/см²) и безопасную обработку кожи за счет наличия системы контактного охлаждения (до 2 °С). Эргономичная и легкая насадка позволяет выполнять процедуры в труднодоступных местах.

Показания для использования:

- сосудистые поражения (венозные патологии, телеангиэктазии, гемангиомы и т.д.) на любых типах и участках кожи (лицо, туловище, конечности).



Рис. 4. Лазерная насадка Diolaze

Радиочастотные технологии

КАК РАБОТАЮТ?

Принцип действия радиочастотных технологий основан на контролируемом нагревании тканей с помощью переменного электрического тока высокой частоты радиочастотного диапазона (radiofrequency, RF), благодаря чему метод и получил свое название. В ходе процедуры между электродами, которые подводятся к коже, пропускается электрический ток. Структуры кожи обладают

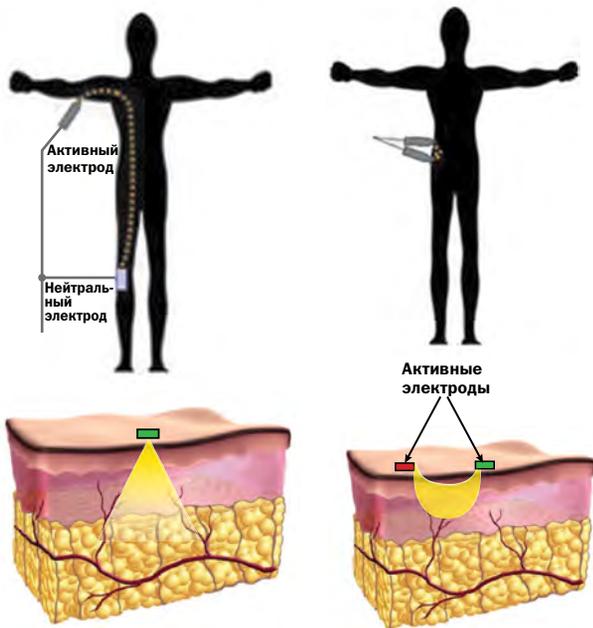


Рис. 5. Принцип монополярного (слева) и биполярного RF-воздействия

разной проводимостью — некоторые компоненты, содержащие большое количество воды с растворенными в ней электролитами (т.е. с высокой электропроводностью), хорошо пропускают ток. В тех же структурах, в которых воды относительно мало (роговой слой, соединительнотканый каркас дермы и гиподермы, сама жировая ткань), ток «тормозится», что обуславливает их нагревание. Нагревание дермального слоя активизирует работу фибробластов, влечет за собой сокращение и синтез новых коллагеновых волокон, что приводит к уплотнению и подтяжке кожи. Прогревание гиподермы запускает процессы липолиза и ремоделирования междольковых септ [7, 8].

Для пропускания тока по тканям необходимо как минимум 2 электрода. Например, в случае монополярного воздействия — это один маленький активный и один большой пассивный (нейтральный) электрод, а при биполярном — два активных электрода (мультиполярная технология — это расширение биполярной, при которой электроды

включаются попеременно) (рис. 5). Глубина нагревания тканей в этом случае будет зависеть от расстояния между электродами (приблизительно равна половине этого расстояния). Однако чтобы «дойти» до дермы и жировой ткани, ток должен преодолеть роговой слой, который, как уже говорилось, обладает высоким сопротивлением и, следовательно, сильно нагревается, что может приводить к ожогам. Таким образом, необходимо жестко контролировать температуру поверхности кожи, проводить увлажняющие процедуры до сеанса, использовать системы охлаждения.

Относительно недавно появился альтернативный вид RF-воздействия — фракционная микроигльчатая RF-технология. В отличие от поверхностного расположения электродов в случае классических RF-устройств, игльчатые электроды фракционной RF-манипулы вводятся непосредственно в кожу. Таким способом удалось снять «ограничение», связанное с роговым слоем, и более интенсивно прогревать глубокие ткани, не опасаясь возникновения ожогов. Как результат — температура дермальных структур, прилегающих к игльчатым электродам, может достигать 60–80°C (коагуляция), в отличие от 43–45°C при неинвазивном воздействии [9]. А чем выше интенсивность нагрева — тем сильнее выражена ответная реакция в виде ремоделирования дермы [10]. При этом тепло распространяется и на прилегающие (в том числе более глубокие) участки тканей.

Повышенная температура стимулирует работу фибробластов, они начинают делиться и активно синтезировать такие важные компоненты межклеточного матрикса дермы, как коллаген, эластин и гликозаминогликаны. Кроме того, нагревание соединительнотканых структур до температуры свыше 65°C обуславливает контракцию коллагеновых волокон и мгновенный лифтинг-эффект [9].

Технология может быть представлена в двух вариантах: неизолированных микроигл, которые прогревают все ткани по пути введения, и изолированных (с покрытием), в которых активной частью является только кончик электрода и, соответственно, нагреваются только глубокие ткани. Поскольку для энергии RF-тока нет специфических хромофоров, то ее можно использовать для обработки кожи любых фототипов.

КАКИЕ ПРОБЛЕМЫ РЕШАЮТ?

Платформа InMode оснащена сразу четырьмя насадками, использующими различные виды RF-технологии.

Насадки Fractora

Особенности работы. Микроигольчатые

RF-насадки, имеющие три вида наконечников (рис. 6):

- **24 микроиглы с покрытием** — наконечник с 24 электродами длиной 3 мм, выполненными из хирургической стали и изолированными силиконом. Активной частью электродов является только конец иглы, таким образом, осуществляется нагрев только средних и глубоких слоев дермы (и частично гиподермы), без термopовреждения эпидермиса;
- **24 микроиглы без покрытия** — наконечник с 24 электродами длиной 3 мм, выполненными из хирургической стали. Радиочастотная энергия подается по всей длине электродов и распределяется по эпидермису и дермальному слою;
- **60 микроигл без покрытия** — наконечник с 60 электродами длиной 1,5 мм. Предназначен для обработки больших участков и обеспечивает прогревание всех слоев кожи (вплоть до жирового).

Насадки можно менять в ходе процедуры с учетом конкретных дефектов пациента. Кроме того, возможно выполнять обработку не только кожи лица, но и рук, области декольте и т.д. Процедуры характеризуются минимальным реабилитационным периодом и сопровождаются только небольшой преходящей эритемой и отеком.

Показания для использования:

- снижение упругости и эластичности кожи лица и тела;
- дряблость и провисание кожи лица и тела;
- морщины и изменение текстуры кожи на лице и теле;
- неоднородность цвета кожи и нежелательная пигментация на лице и теле;
- рубцы (в том числе постакне) различной локализации;
- стрии;
- расширенные поры;
- сосудистые дефекты;
- в качестве комбинированного подхода при хирургических липосакциях для уплотнения и подтяжки кожи в зонах элиминации жировой ткани.



Рис. 6. Различные виды наконечников насадки Fractora и особенности нагрева тканей при их использовании

Обработка кожи насадками Fractora по завершении инвазивного этапа хирургических процедур по липосакции обеспечивает устранение дряблости и провисания кожи в областях вмешательства. При этом более высокий уровень обезболивания (использование лидокаиновых блокад) при проведении хирургических процедур позволяет доставить в ткани большую энергию, чем при нанесении аппликационной анестезии при косметологическом воздействии. Таким методом в ходе хирургического вмешательства можно повысить максимальную мощность RF-воздействия до 62 Вт против 40 Вт в случае косметологической обработки и, следовательно, вызвать больший ответ тканей на воздействие.

Эффекты проведенного курса процедур сохраняются на протяжении длительного времени. В недавно опубликованном исследовании доктора Джудит Хеллман (Judith Hellman) представлены результаты 3,5-летнего наблюдения за группой молодых пациентов с акне и рубцами постакне, прошедшими 4 процедуры с использованием насадки Fractora в течение 5 мес. Для обработки использовались наконечники с 24 микроиголами с покрытием и без покрытия, с разными уровнями энергии. Пример полученных результатов представлен на **рис. 7**.

Насадки Forma/Plus

Особенности работы. Представители неинвазивной RF-технологии. Предназначены для обработки кожи лица (Forma) и тела (Plus). Оснащены тупокольными электродами (14 и 45 для Forma и Plus соответственно) и встроенным датчиком контроля температуры кожи. Кроме того, в насадках реализована запатентованная технология «движения» ACE, которая позволяет проводить быстрый равномерный нагрев на большой глубине (в том числе в гиподерме) и больших участках кожи за счет использования терапевтической пиковой мощности. Кроме того, встроенная система управления оснащена технологией обратной связи и функцией автоматического отключения, что в совокупно-

Рис. 7. 19-летняя пациентка до, через 1 мес после 4 процедур и через 3,5 года после курса (4 основных + 2 дополнительных сеанса) обработки кожи с помощью насадки Fractora (фото Dr. Judith Hellman)



сти обеспечивает эффективность, безопасность и комфортность воздействия. Особенности распространения RF-энергии и при использовании насадок Forma/Plus представлены на **рис. 8**.

Показания для использования:

- снижение упругости и эластичности кожи лица и тела;
- дряблость кожи лица и тела;
- морщины и изменение текстуры кожи;
- целлюлит.

Количество сеансов подбирается индивидуально. Например, для устранения умеренной дряблости кожи необходимо 4–6 еженедельных процедур (**рис. 9**). Кроме того, насадки могут использоваться для реабилитационных процедур после пластических операций, а также сочетаются с другими аппаратными и терапевтическими вмешательствами.

Насадки FormaV и FractoraV

Особенности работы. Насадки FormaV и FractoraV реализуют технологии биполярного воздействия и микроигльчатой RF-технологии (соответственно) и разработаны специально для проведения процедур внутреннего и наружного интимного омоложения.

К насадке FormaV прилагаются сменные одноразовые наконечники, оснащенные тремя активными электродами (**рис. 10**). Они имеют специальную удлиненную форму, что позволяет проводить внутривлагалищные манипуляции, в том числе на заданном уровне — на поверхность наконечника нанесена сантиметровая шкала, позволяющая контролировать глубину введения электродов. Безопасность процедур гарантирует запатентованная система температурного контроля, измеряющая температуру в области воздействия на всем протяжении обработки и отключающая подачу энергии при достижении порогового значения, устанавливаемого оператором (максимум 42 °С). Таким образом, в ходе всего сеанса уровень нагрева тканей поддерживается на заданном уровне, без пиков и охлаждения, что обеспечивает максимально равномерное воздействие. Кроме внутривлагалищных манипуляций, с помощью FormaV можно также проводить обработку наружных половых органов (в том числе клитора).

Микроигльчатая насадка FractoraV предназначена для омоложения наружных половых органов. Она оснащена наконечниками двух типов:

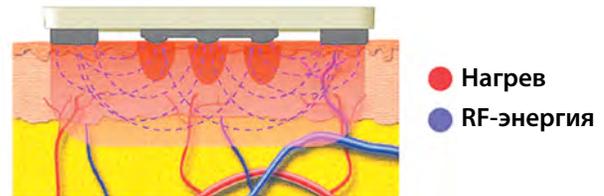


Рис. 8. Особенности распространения RF-энергии при использовании насадок Forma/Plus



Рис. 9. Пациентка до и через 3 нед после 8 еженедельных процедур с использованием насадки Forma (фото Dr. Stephen Mulholland)



Рис. 10. Насадка FormaV со сменным наконечником

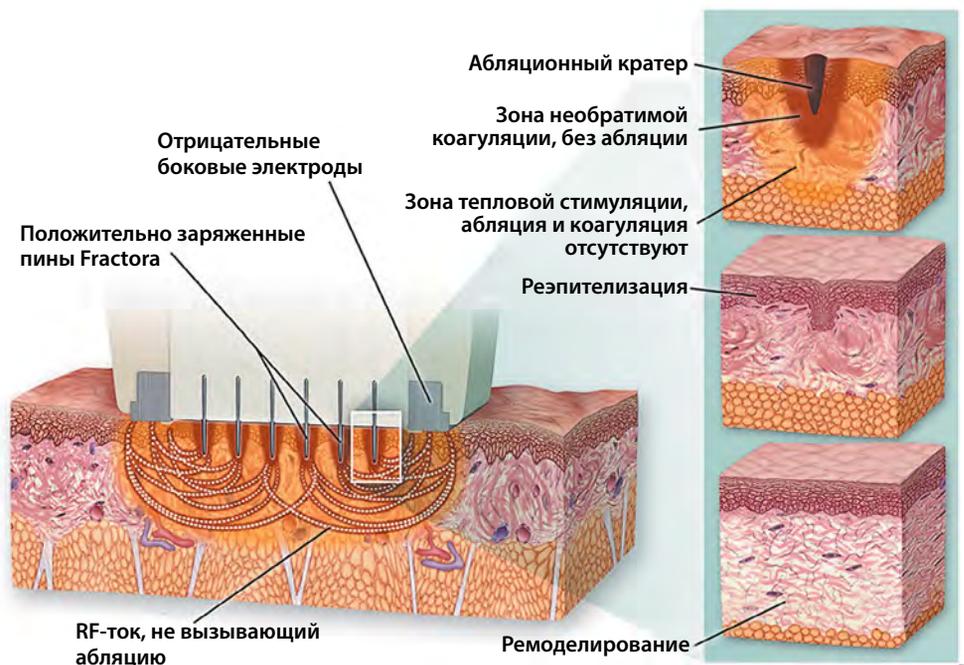


Рис. 11. Принцип работы насадки FractoraV

- **24 микроиглы без покрытия** — обеспечивают прогревание на всю глубину кожи.
- **24 микроиглы с покрытием** — обеспечивают прогревание только глубоких слоев дермы и субдермальных областей.

В связи с тем что микроиглы поставляют RF-энергию непосредственно в глубокие ткани, нет необходимости отдельной защиты рогового слоя, и система может использовать более высокие уровни энергии, обеспечивая абляцию эпидермиса и дермы. Глубина абляции при этом достигает 3 мм, а глубина прогрева — вплоть до 5 мм (**рис. 11**).

Показания для использования:

- снижение эластичности и упругости слизистой оболочки влагалища и наружных половых органов;
- сухость (ксероз) и атрофия (крауроз) вульвы;
- растяжение и птоз стенок влагалища (синдром вагинальной релаксации);
- нарушение кровообращения тканей;
- нарушение мочеиспускания (недержание мочи), являющееся следствием гиперподвижности уретры и стрессовых расстройств;
- уменьшение чувствительности наружных и внутренних половых органов, отсутствие оргазма;
- субъективное недовольство внешним видом наружных половых органов.

Процедуры комфортны для пациентов, в некоторых случаях может возникать проходящая эритема и отечность, которые быстро исчезают. В большинстве случаев желаемые эффекты достигаются за один (FractoraV) или 2–3 (FormaV) сеанса.

Насадки BodyFX/MiniFX

Особенности работы. Технология коррекции контуров тела, реализованная в насадках BodyFX/MiniFX, является вариантом «усиленного» RF-воздействия — классической биполярной RF-энергии и электропорации. Электропорация представляет собой создание микроотверстий в мембранах клеток с помощью высоковольтных сверхкоротких (наносекундных) RF-импульсов, что приводит к необратимым изменениям проницаемости клетки [3]. Таким образом, вначале классическое RF-воздействие обуславливает нагревание жировой ткани, что активирует липолитические ферменты и запускает процесс разрушения липидов, а затем серия высоковольтных импульсов формирует перманентные поры в мембране жировой клетки.

В итоге гибель адипоцитов происходит не по механизмам апоптоза или некроза, а по механизмам, схожим с явлением пироптоза [11]. Пироптоз является «промежуточным» вариантом между этими двумя видами клеточной гибели и сопровождается растянутой во времени воспалительной реакцией (существенно менее выраженной, чем при некрозе). Образование пор (диаметром 1,1–2,4 нм) сопровождается двумя параллельными процессами: во-первых, через них происходит постепенный выход внутреннего содержимого клеток во внешнюю среду. Во-вторых, нарушается клеточный ионный градиент, что обуславливает увеличение осмотического давления и приток воды внутрь клеток с последующим их набуханием и разрывом [12]. Предполагается, что предварительный нагрев ткани с помощью RF-тока снижает порог электропорации и делает адипоциты более восприимчивыми к ней [13].

Кроме воздействия на жировые клетки, нагреваются также соединительнотканые структуры дермы и гиподермы, что обеспечивает ремоделирование и уплотнение кожи.

Насадки имеют разные размеры для обработки больших и малых площадей и специальные полости, которые «захватывают» складку кожи, растягивают ее и облегчают проникновение энергии к жировому слою (**рис. 12**). Благодаря этому возможен прогрев кожи на глубину до 2,5 см. Кроме того, такое воздействие

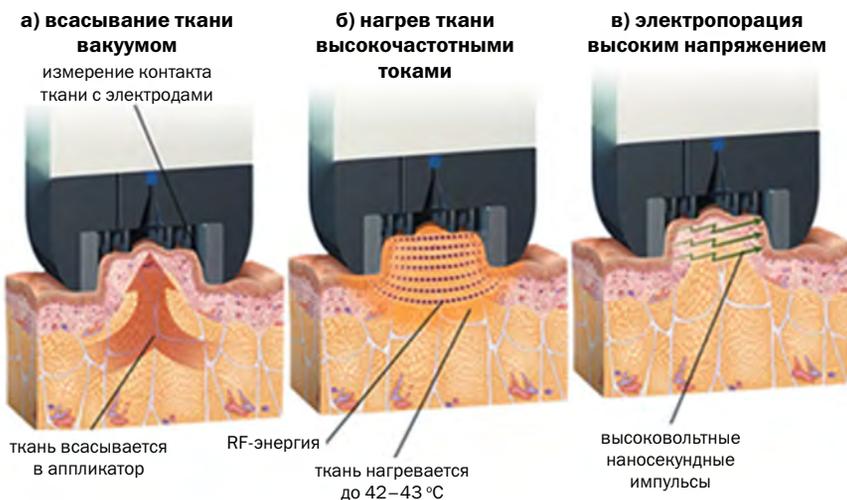
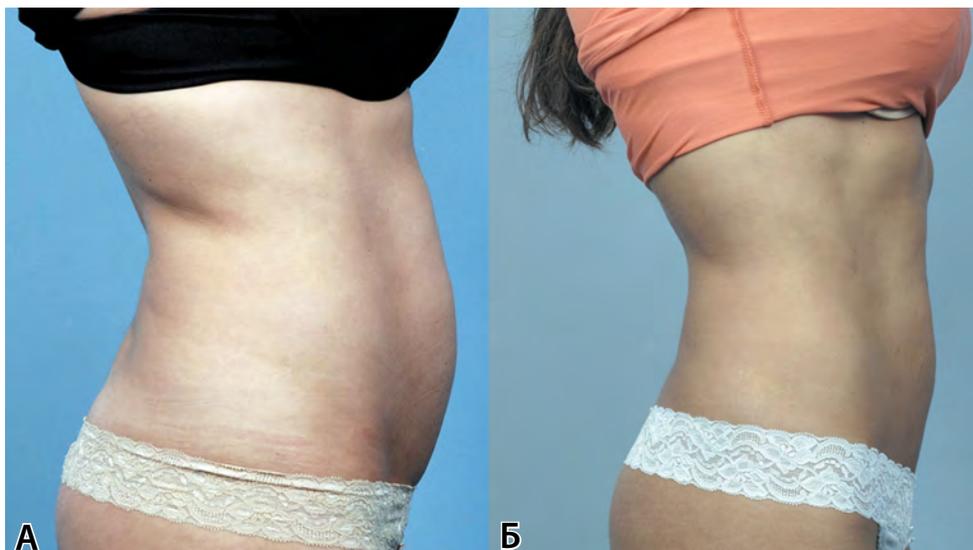


Рис. 12. Принцип работы насадки BodyFX

Рис. 13. Пациентка до (А) и через 3 мес после (Б) курса из 6 еженедельных процедур с использованием насадки BodyFX [14]



отрицательного давления параллельно работает как вакуумный массаж. Безопасность и эффективность обработки контролируется с помощью специальной системы температурного мониторинга.

Показания для использования:

- нежелательные локальные жировые отложения;
- целлюлит;
- дряблость кожи.

Сразу после процедуры может отмечаться сухость и покраснение кожи, которые исчезают в ближайшие часы после сеанса. Продемонстрировано, что спустя 3 мес после 6 процедур с использованием BodyFX окружность бедер и талии уменьшилась в среднем на 3,58 см (от 1,5 до 4,4 см) (**рис. 13**). Что касается целлюлита — среднее уменьшение глубины ямки «апельсиновой корки» составляло 2,9 мм или 60% (от 1,1 мм до 6,3 мм) [14].

Заключение

Очевидно, что возможность использовать все представленные виды технологий с помощью одной-единственной платформы является удобным и экономически выгодным решением для современных эстетических центров. Кроме того, аппараты типа платформы InMode позволяют проводить сочетанное воздействие на лице и теле посредством одновременного подсоединения насадок, что существенно сокращает временные затраты пациентов и является дополнительным стимулом для выбора конкретного учреждения. Еще одним перспективным преимуществом многофункциональных систем является потенциальная возможность присоединения новых насадок, которые будет разрабатывать производитель, таким образом, всегда оставаясь на передовой аппаратной косметологии.

Литература

1. **Anderson R.R., Parrish J.A.** Selective photothermolysis: precise micro-surgery by selective absorption of pulsed radiation. *Science* 1983; 220(4596): 524–527.
2. **Boulnois J.L.** Photophysical processes in recent medical laser developments: a review. *Lasers Med Sci* 1986; 1; 47–56.
3. **Деев А.И., Шарова А.А., Брагина И.Ю.** Новая косметология. Аппаратная косметология и физиотерапия. Под общ. ред. Эрнандес Е.И. М.: ИД «Косметика и медицина», 2014.
4. **Patil U.A., Dhama L.D.** Overview of lasers. *Indian J Plast Surg.* 2008; 41(Suppl): S101-S113.
5. **Neimz M.H.** Laser-tissue interactions: Fundamentals and applications. 3rd edn. Berlin, Springer, 2003.
6. **Bitter P.Jr., Pozner J.** Retrospective Evaluation of the Long-term Antiaging Effects of BroadBand Light Therapy. *Cosmet Dermatol* 2013: 34–40.
7. **Hantash B.M., Ubeid A.A, Chang H., et al.** Bipolar fractional radiofrequency treatment induces ne elastogenesis and neocollagenesis. *Lasers Surg Med* 2009; 41(1): 1–9.
8. **Zelickson B.D., Kist D., Bernstein E., et al.** Histological and ultrastructural evaluation of the effects of a radiofrequency-based nonablative dermal remodeling device: a pilot study. *Arch Dermatol* 2004; 140(2): 204–209.
9. **Hyun M.Y., Li K., Kim B.J., et al.** Novel treatment of neck wrinkles with an intradermal radiofrequency device. *Ann Dermatol* 2015; 27(1): 79-81.
10. **Laubach H.J., Tannous Z., Anderson R.R., Manstein D.** Skin responses to fractional photothermolysis. *Laser Surg Med* 2006; 38(2): 142–149
11. **Duncan D.I.** Electroporation with pyroptosis: permanent fat loss with noninvasive radio frequency. IMCAS Annual World Congress 2015, January 29, 2015.
12. **Fink S.L., Cookson B.T.** Caspase-1-dependent pore formation during pyroptosis leads to osmotic lysis of infected host macrophages. *Cell Microbiol* 2006; 8(11): 1812–25.
13. **Duncan D.I.** Late to the Party? Pyroptosis Becomes a New Mechanism of Cell Death for Adipocytes [Электронный ресурс]. QMP Plastic Surgery Pulse News. URL: plasticsurgerypulsenews.com (дата обращения 27.03.2018).
14. **Mulholland S., Kreindel M.** Non-Surgical Body Contouring: Introduction of a New Non-Invasive Device for Long-Term Localized Fat Reduction and Cellulite Improvement Using Controlled, Suction Coupled, Radiofrequency Heating and High Voltage Ultra-Short Electrical Pulses. *Clin Exp Dermatol Res* 2012, 3:4.

Флегонтова Е.А., Крейндель М.

Тонкая работа: коррекция возрастных изменений кожи на дермальном и субдермальном уровнях при помощи радиочастотной микроигольчатой терапии

Формирование возрастных изменений кожи во многом обусловлено нарушением структуры и пространственного расположения коллагеновых и эластиновых волокон. Радиочастотная микроигольчатая терапия позволяет оказывать дозированное термическое воздействие на дермальный слой, запуская процессы ремоделирования внеклеточного матрикса и уплотнения кожи. В статье рассмотрены научные основы технологии радиочастотной микроигольчатой терапии, а также приводятся результаты гистологического исследования эффектов радиочастотного воздействия на тканевом уровне.

Ключевые слова: возрастные изменения, радиочастотная микроигольчатая терапия, эластин, неэластогенез, эластиновые волокна, Morpheus8

Флегонтова Елена Александровна
К.м.н., дерматокосметолог, физиотерапевт, генетический консультант, руководитель обучающих программ в ООО «КИТ МЕД», преподаватель и куратор программ в Global Academy

Крейндель Михаил
Доктор технических наук, технический директор и основатель InMode Ltd. (Израиль)

По мере старения структура нашей кожи меняется. Эпидермальный слой становится тоньше из-за атрофических изменений кератиноцитов. Это приводит к усилению трансэпидермальной потери воды и повышению сухости кожи. Компоненты внеклеточного матрикса — коллаген и эластин, которые обеспечивают прочность на растяжение и эластичность кожи соответственно, — в процессе старения претерпевают существенные изменения (**рис. 1**) [1].

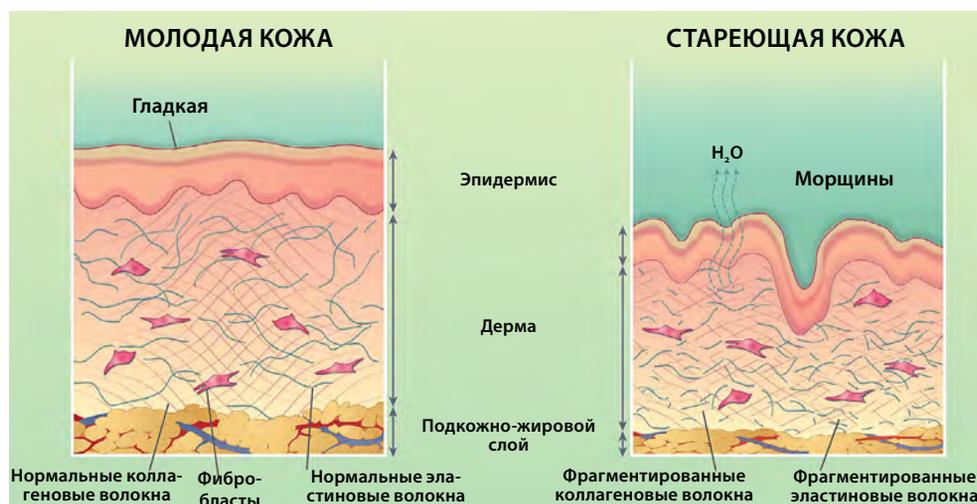


Рис. 1. Возрастные изменения структуры кожи [1]

Наблюдается общее снижение количества коллагена за счет уменьшения активности синтеза, а также усиления его фрагментации, что, предположительно, связано с повышенной экспрессией матричных металлопротеиназ (matrix metalloproteinase; MMP) в стареющей коже [2]. В настоящее время описано около 28 типов коллагена, которые кодируются более чем 40 генами. В коже преобладает коллаген I типа (80–90% всего коллагена кожи) и коллаген III типа. Уровень коллагена III типа повышается во время заживления ран или активации неколлагеногенеза. Коллаген IV типа образует плоскую сеть на границе эпидермиса и дермы, участвуя в формировании базальной мембраны. Коллаген V типа объединен в фибриллах с коллагеном I и III типов. Он помогает регулировать диаметр волокон. Важную функцию выполняет коллаген VII типа — основной компонент якорных фибрилл, обеспечивающих адгезию между эпидермисом и нижележащей дермой [3]. Якорные фибриллы предохраняют кожу от чрезмерного растяжения.

Эластин является важным белком кожи, состоящим из молекул тропоэластина с поперечными сшивками. Эластин соединяется с микрофибриллами, образуя эластиновые волокна, которые обеспечивают растяжимость и упругость кожи (рис. 2) [4–7].

Эластиновые волокна расположены в дермальном слое. Там они формируют сложную сеть, ориентируясь как перпендикулярно, так и параллельно поверхности кожи. В коже взрослого человека на долю эластиновых волокон приходится от 2 до 4% обезжиренного сухого веса [4].

В основном эластиновые волокна состоят из эластина и фибриллина. Особенности состава эластиновых волокон обуславливают различия в упругости кожи. Например, ретикулярный и сосочковый слои дермы содержат эластиновые волокна, которые различаются по своей толщине, ориентации и относительному составу эластина, фибриллина и других веществ. Высокое содержание короткоцепочечных гидрофобных аминокислот в тропоэластине в сочетании с водой способствует повышению эластичности и упругости кожи [5].

В процессе старения происходит разрушение сети эластиновых волокон, что приводит к снижению регенеративной способности, структурным повреждениям и нарушению гомеостаза. Следует отметить, что по ряду причин именно эластин оказывается особенно уязвим к действию неблагоприятных внутренних и внешних факторов.

Вырабатывается эластин в раннем возрасте и в течение жизни практически не восполняется, поэтому любые изменения эластиновых волокон, которые происходят в течение жизни, имеют тенденцию быть постоянными [6, 7]. Период полураспада эластина составляет примерно 70 лет. Следовательно, в течение жизни синтезируется очень небольшое количество этого белка — обновление эластина происходит крайне медленно. Подсчитано, что только около 1% пептидов эластина обновляется за десятилетие [8].

С течением времени (в процессе хроностарения) эластин подвергается повреждению и деградации. Это происходит из-за связанной со старением

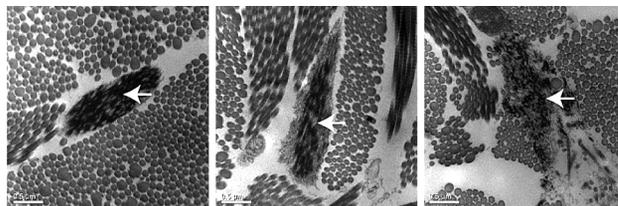


Рис. 2. Эластиновые волокна кожи (указаны стрелкой) [7]

ЭЛАСТИН — ЭТО ИНЕРТНЫЙ БЕЛОК, КОТОРЫЙ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ И В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ ПРАКТИЧЕСКИ НЕ ВОСПОЛНЯЕТСЯ. ПЕРИОД ПОЛУРАСПАДА ЭЛАСТИНА СОСТАВЛЯЕТ ПРИМЕРНО 70 ЛЕТ. СЛЕДОВАТЕЛЬНО, В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ СИНТЕЗИРУЕТСЯ ОЧЕНЬ НЕБОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ЭТОГО БЕЛКА — ОБНОВЛЕНИЕ ЭЛАСТИНА ПРОИСХОДИТ КРАЙНЕ МЕДЛЕННО, ПОЭТОМУ ЕГО ВОЗРАСТНАЯ ДЕГРАДАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАКТИЧЕСКИ НЕОБРАТИМЫМ И НЕПОПРАВИМЫМ ЯВЛЕНИЕМ.

повышенной активности протеаз в богатых эластином тканях, что приводит к деградации эластина и одновременно к повышенной склонности к кальцинозу [9]. Во-первых, эластиновые волокна укорачиваются и фрагментируются и, во-вторых, происходит накопление повреждений эластина за счет модификации остатков аспарагиновой кислоты, накопления кальция и липидов, а также перекрестных сшивок с участием глюкозы. О деградации сети эластиновых волокон также может свидетельствовать нарушение взаимодействия с другими компонентами дермы, включая гиалуронан, версикан и элафин [10].

Из-за чрезвычайно медленного обновления деградация эластиновых волокон является практически необратимым и непоправимым явлением [11, 12]. Изменение ультраструктуры и количества эластиновых волокон драматично сказывается на состоянии кожи — происходят снижение ее эластичности и формирование классических возрастных изменений в виде морщин.

Особенно стремительно возрастные изменения эластиновых волокон прогрессируют при сочетании хроностарения со стойким воздействием ультрафиолетового (УФ) излучения (рис. 3, 4) [4, 11, 13]. Исследования *in vivo* и *in vitro* показали, что УФ-излучение активирует промоутер эластина, происходят качественные и количественные изменения эластиновых волокон с массивным отложением утолщенных, спутанных и аморфных волокон (солнечный эластоз). Этому явлению также способствует образование свободных радикалов, которые стимулируют синтез и накопление аномальных эластиновых волокон [14].

Таким образом, в основе возрастного изменения упругости, эластичности и микрорельефа кожи лежат значительные нарушения структуры и пространственного расположения соединительнотканых волокон дермы, обусловленные хроно- и фотостарением.

Существует множество подходов к повышению уровня коллагена и гиалуроновой кислоты в коже, но нет утвержденных методов терапии, которые достоверно увеличивают выработку эластина. Это связано с тем, что эластогенез представляет собой сложный процесс, включающий сшивку мономеров тропоэластина и микрофибриллярных белков с образованием эластиновых волокон. Этот процесс гораздо труднее стимулировать и регулировать, чем неоколлагенез, из-за множества этапов, связанных с процессом сборки.

Одним из самых мощных стимулов к запуску процесса ремоделирования дермального слоя служит контролируемое повреждение. С этой целью в аппаратной косметологии применяются различные физические факторы, среди которых в последнее время одним из наиболее востребованных служит электрический ток.

Применение радиочастотного тока в эстетической медицине

В эстетической медицине более широкое применение нашел переменный радиочастотный (radiofrequency; RF) электрический ток. Проходя через

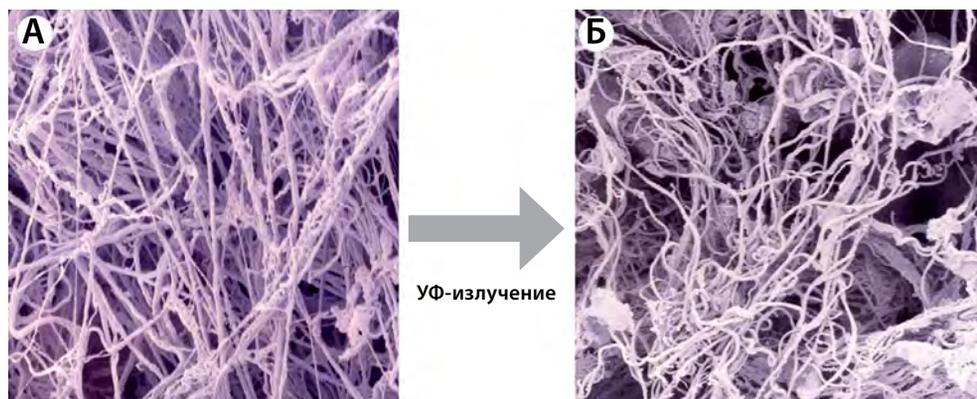


Рис. 3. Изменение ультраструктуры эластиновых волокон под стойким воздействием УФ-излучения: А — нормальная структура коллагеновых волокон; Б — изменение структуры после фотоповреждения [13]

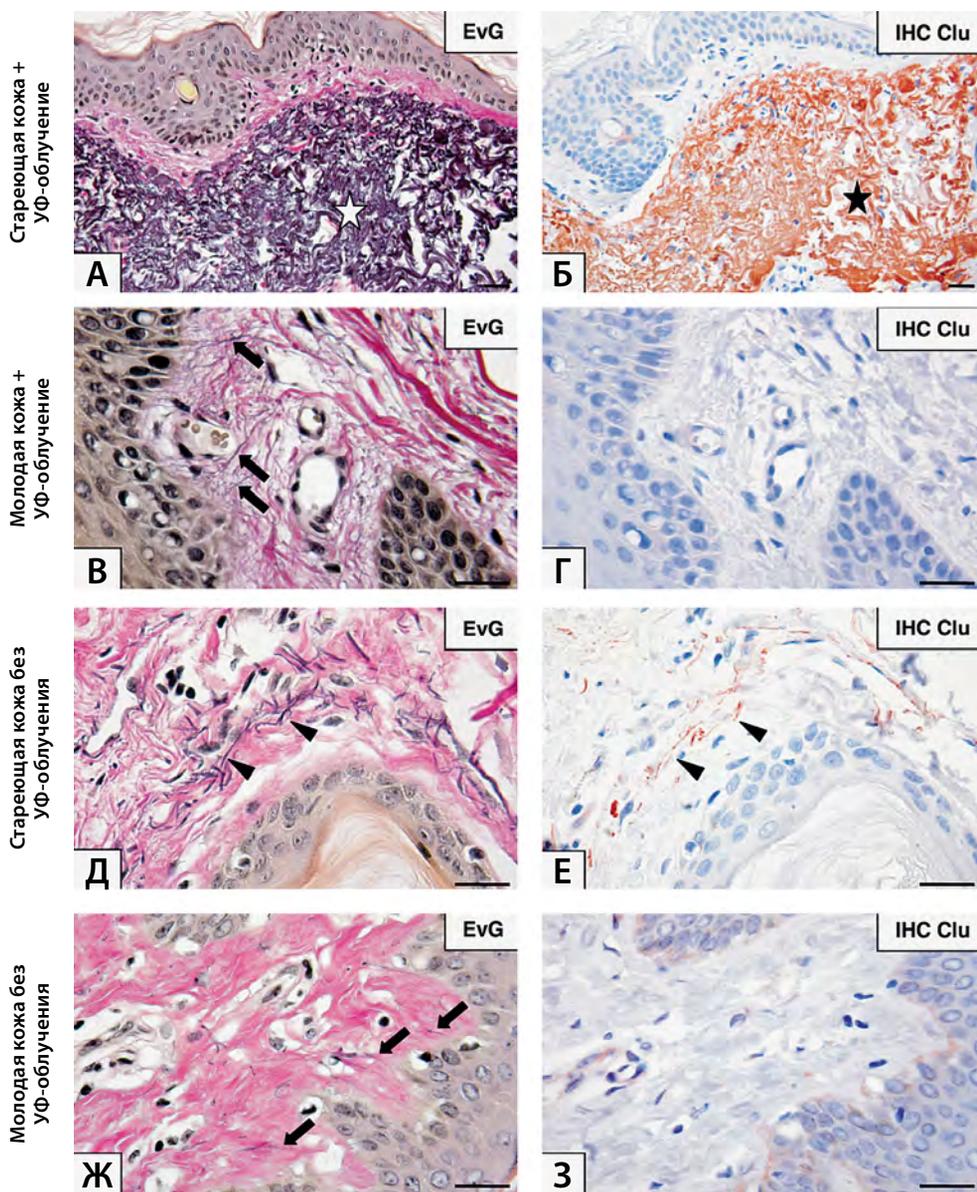


Рис. 4. Изменения эластиновых волокон в процессе фото- и хроностарения, иммуногистохимическое окрашивание кластерина (в данном случае выполняет роль маркера стареющих клеток и клеток, подвергшихся стрессовому воздействию): А, Б — признаки солнечного эластоза, аморфное эластиновое вещество (звездочки) в комплексе с кластерином; В, Г — наличие окситалановых волокон (не содержат эластина, состоят из различных гликопротеинов, высокорезистентны к силам натяжения), кластерин не определяется; Д, Е — утолщенные эластиновые волокна (стрелки) в комплексе с кластерином (стрелки); Ж, З — эластиновые волокна с нормальной структурой, кластерин не определяется [11]

ткани, RF-ток вызывает колебания молекул тканей на своем пути с частотой 1 000 000 Гц. В результате микроосцилляций молекул тканей, межмолекулярного и внутримолекулярного движения образуется кинетическая энергия, переходящая в термическую. Нагрев тканей может происходить до высоких температур и носить аблятивный характер, при меньшем температурном показателе — неаблятивный. В последнем случае термостимуляция индуцирует воспаление, запускающее неоколлагеногенез, неоэластогенез и выработку основного вещества соединительной ткани. Ведущей задачей в этом процессе является обеспечение прицельного дозированного нагрева структур-мишеней в условиях максимально деликатного воздействия на окружающие ткани [15].

За последние 15 лет радиочастотная технология претерпевает стремительное развитие. Меняя конфигурацию и размер электродов, можно управлять плотностью потока энергии и, как следствие, модулировать желаемые эффекты.

Большинство методов контролируемого повреждения в эстетической косметологии сфокусированы на дермальном слое. Однако на пути между электродом и дермой располагается своеобразный барьер — эпидермальный слой, термическое повреждение которого влечет за собой повышенный риск осложнений и необходимость в реабилитационном периоде.

Препятствия часто служат стимулом к развитию. Так и в этом в процессе создания инструмента для точного радиочастотного воздействия возникла радиочастотная микроигльчатая терапия: электроды приобрели очертания микроигл. Уровень радиочастотного воздействия при этом зависит от длины электродов, а также типа покрытия.

Новые технические возможности позволили сфокусировать RF-энергию на еще одной мишени — подкожно-жировом слое — и переосмыслить его роль в общем сокращении мягкой ткани. Подкожно-жировой слой делится на дольки посредством соединительнотканых перегородок, формирующих фибросептальную сеть (ФСС) и затем проникающих в дерму (рис. 5).

Положительно заряженные игльчатые электроды аппликатора вводятся на необходимую глубину и испускают RF-ток лишь со своего кончика. В тканях при этом формируются три зоны термического повреждения — зона абляции, зона обратимой коагуляции (при введении в жировой слой эти зоны обуславливают сокращение ФСС), а также большая зона некоагуляционного, неаблятивного нагрева ткани (рис. 6) [15].

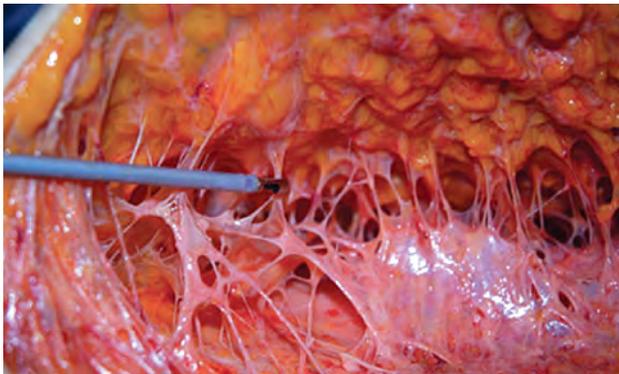


Рис. 5. Волокна фибросептальной сети жировой ткани [15]

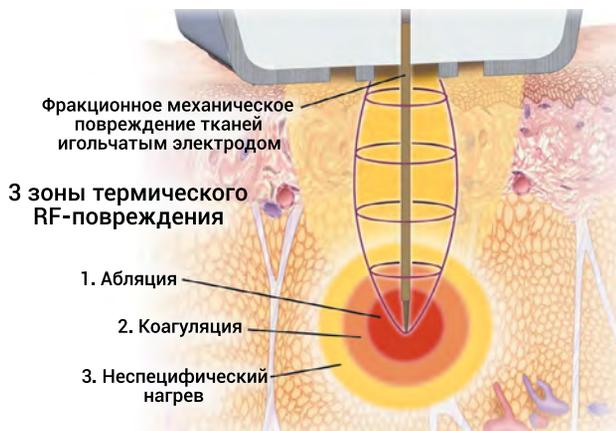


Рис. 6. 3 зоны термического воздействия при радиочастотной микроигльчатой терапии (Fractora, InMode) [15]

После аблятивного повреждения жировой ткани RF-ток течет вверх к отрицательному возвратному электроду на поверхности кожи, деликатно нагревая дерму и эпидермис — подобная термостимуляция служит стимулом для образования новых компонентов межклеточного матрикса [15, 16].

Согласно наблюдениям Hantash В.М. и соавт., на тканевом уровне в ответ на проведение радиочастотной микроигльчатой терапии в тканях активируются процессы синтеза коллагена, эластина и гликозаминогликанов. Особо значимые изменения наблюдаются в отношении запуска неэластогенеза: на 28-й день после проведения радиочастотной микроигльчатой терапии авторы отметили пятикратное увеличение уровня тропоэластина, на 10-й нед было зафиксировано значительное повышение содержания эластина в дермальном слое [17].

При RF-воздействии на уровне подкожно-жирового слоя происходят укорочение горизонтальных, косых, вертикальных соединительнотканых волокон ФСС, а также нагрев, сокращение и компактизация жировой ткани. Согласно научным публикациям Mulholland S., при комбинации RF-технологий (радиочастотно-ассистированной липосакции RFAL и радиочастотной микроигльчатой терапии) сокращение мягких тканей и уплотнение кожи после RF-воздействия может составить 35–70% (30–40% за счет ФСС + 20–30% за счет дермы и гиподермы) [15].

Восстановление упругости и эластичности кожи посредством аппликатора Morpheus8 — что говорит гистология?

Для комплексного воздействия на мягкие ткани компания InMode разработала фракционный радиочастотный аппликатор Morpheus8.

Это радиочастотное устройство с возвратно-поступательным механизмом введения микроигльчатых электродов обеспечивает биполярное радиочастотное неаблятивное ремоделирование дермы и коагуляцию подкожно-жирового слоя.

Каждый позолоченный игльчатый электрод Morpheus8 имеет силиконовое покрытие, за исключением дистальных 500 мкм — именно с кончика электрода и происходит испускание RF-энергии. Поток энергии направлен от кончиков микроигл к внешним электродам, прилегающим к поверхности кожи. Запатентованный импульс RF-энергии коагулирует субдермальную жировую ткань и, что важно, укорачивает горизонтальные, косые, вертикальные соединительнотканые волокна ФСС (рис. 7). Сокращение ФСС обеспечивает значительное уплотнение мягких тканей и устранение вышележащих морщин, рубцов, неровного рельефа кожи, пор, даже растяжек и рубцов постакне.

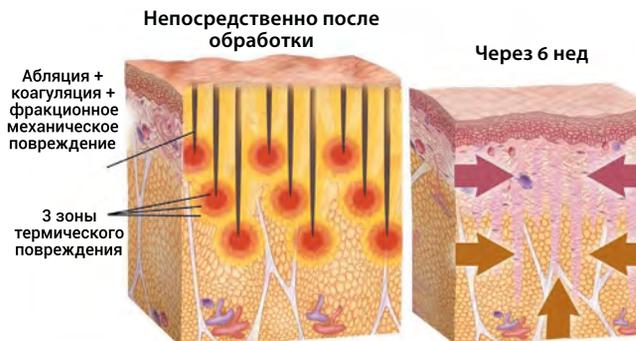


Рис. 7. Несколько проходов Morpheus8 на разных уровнях приводят к горизонтальному и вертикальному фракционному ремоделированию жировой ткани и ФСС вместе с дермальным ремоделированием. Таким образом достигается оптимальное уплотнение кожи и сокращение мягких тканей

Затем RF-энергия направляется вверх вдоль микроигл с силиконовым покрытием и вдоль ФСС к отрицательно заряженным ромбовидным электродам на поверхности кожи, которые окружают игольчатые электроды. Это обеспечивает неаблятивный, субнекротический нагрев папиллярной и ретикулярной дермы, стимулирующий выработку нового коллагена, эластина и гликозаминогликанов.

Таким образом достигаются аблятивное повреждение мягких тканей на подкожном уровне и защита поверхностных слоев кожи от термического повреждения. Благодаря ограничению термического воздействия и защите дермо-эпидермального соединения (область, где расположены меланоциты) удается минимизировать риск поствоспалительной гиперпигментации.

Морфологическая характеристика редукции возрастных изменений кожи под действием аппликатора Morpheus8

Для оценки изменений структуры кожи после радиочастотной микроигольчатой терапии Morpheus8 нами было проведено клиническое исследование с участием пациентов двух возрастных групп:

- 35–40 лет (пациенты 1–3);
- > 40 лет (пациент 4, 69 лет).

Область лица участников была обработана аппликатором Morpheus8 при стандартных параметрах воздействия (глубина пенетрации 2 мм, плотность энергии 22 мДж/электрод).

До и после процедуры у пациентов было получено 8 биоптатов из области обработки.

При проведении гистологического исследования оценивались следующие параметры:

- толщина слоев кожи;
- количество фибробластов и клеток воспаления (лимфоциты и макрофаги);
- площадь сосудов в сосочковом и наружной части сетчатого слоя;
- плотность расположения в дерме коллагеновых и эластиновых волокон, а также степень фрагментации эластиновых волокон (анализировали методом полуколичественной балльной оценки по 5-балльной шкале, где 0 — нет, 4 — максимальная интенсивность).

В каждом образце было проанализировано по 5 полей зрения и сделано около 50 измерений по каждому параметру.

Результаты

В **таблице** представлены данные в виде средних значений \pm стандартная ошибка среднего или в виде медианных значений и интерквартильного размаха (в случае балльной оценки признака).

Таблица. Морфометрический анализ морфологических признаков в биоптатах кожи пациентов разного возраста до и после лечения

Морфологические признаки	Пациенты 1–3 (35–40 лет)		Пациент 4 (69 лет)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Толщина слоев, мкм				
Эпидермис	58,2 ± 2,8	56,9 ± 2,2	41,8 ± 2,5	35,7 ± 1,2
Сосочковый слой дермы	87,3 ± 3,2	98,4 ± 3,3	80,9 ± 3,8	61,03 ± 4,5
Сетчатый слой дермы (наружная часть)	302,3 ± 5,6	318,2 ± 9,6	321,4 ± 9,2	314,8 ± 13,5
Клеточный состав, шт				
Клетки эпидермиса	150,4 ± 6,1	162,6 ± 7,8	95,7 ± 2,3	91 ± 5,1
Фибробласты	117 ± 10,4	141,7 ± 7,6	82,5 ± 3,8	85,8 ± 3,5
Клетки воспаления	67,7 ± 7,6	51,8 ± 6,8	17,8 ± 4,6	10,2 ± 1,5
Сосуды, мкм²				
Площадь сосудов	3064 ± 538,3	5597 ± 1089	2349 ± 680,4	3996 ± 739,1
Волокна, баллы				
Плотность коллагеновых волокон	3 (3; 3)	4 (3; 4)	2	2
Плотность эластиновых волокон	2 (2; 2)	3 (2; 3)	2	4
Фрагментация эластиновых волокон	2 (2; 3)	1 (1; 1)	3	1

СОПОСТАВЛЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК КОЖИ ПАЦИЕНТОВ ДО ПРОЦЕДУРЫ MORPHEUS8

В исходном состоянии у пациента 4 (69 лет) отмечался более низкий показатель толщины эпидермиса (меньше на 28,2%) по сравнению с пациентами в возрасте 39–40 лет, при этом толщина слоев дермы не менялась (**рис. 8–10, 14–16**).

Результаты свидетельствовали о достоверном снижении с возрастом среднего количества клеток эпидермиса на 38,4%, фибробластов — на 29,5% и клеток воспаления — на 73,7%. Возрастных изменений площади сосудов отмечено не было.

Наблюдалась тенденция к снижению с возрастом плотности коллагеновых волокон (на 33,3%) и увеличению степени фрагментации эластиновых волокон (на 33,3%).

СОПОСТАВЛЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК КОЖИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ MORPHEUS8

После процедуры в группе пациентов 1–3 была отмечена тенденция к увеличению количества клеток эпидермиса (на 8,1%) и фибробластов (на 21,1%) и к снижению количества клеток воспаления (на 23,5%). У пациента 4 после лечения наблюдалась только тенденция к снижению количества клеток воспаления (на 42,7%) (**рис. 11–13, 17–19**).

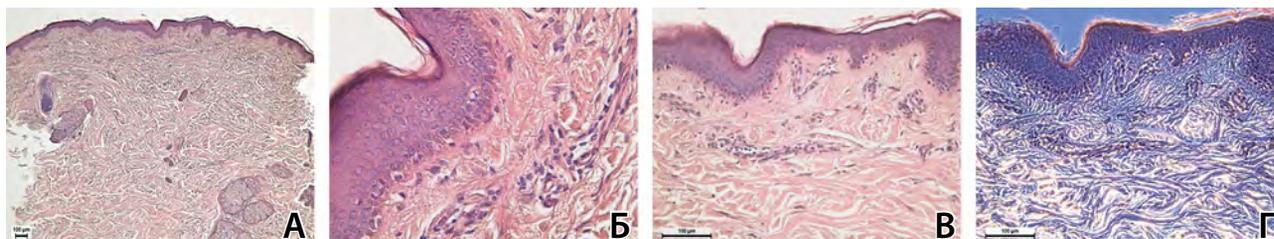


Рис. 8. Гистологическая структура биоптата кожи пациента 1 до лечения, окраска гематоксилином-эозином: А — общий вид эпидермиса, сетчатого и сосочкового слоев дермы; Б — умеренные дистрофические изменения в клетках эпидермиса и незначительная периваскулярная воспалительная инфильтрация в сосочковом слое дермы; В — структура сосочкового и сетчатого слоев дермы; Г — тонкие и рыхлые волокна в сосочковом слое и более толстые пучки волокон в сетчатом слое

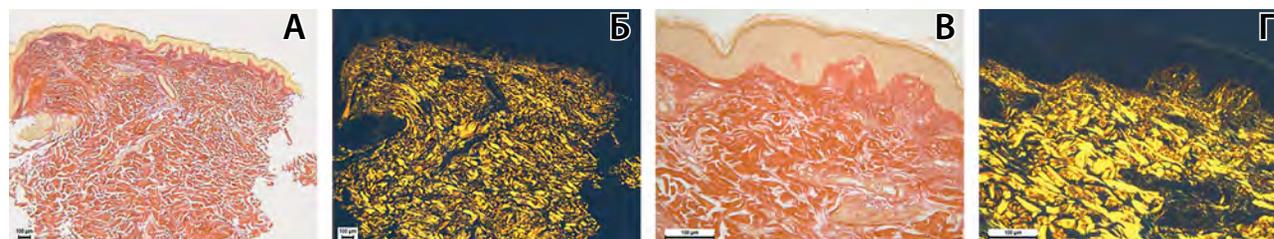


Рис. 9. Гистологическая структура коллагеновых волокон в биоптате кожи пациента 1 до лечения, окраска пикросириусом красным: А — в красный цвет окрашены коллагеновые волокна сетчатого и сосочкового слоев дермы; Б — коллагеновые волокна дают анизотропию желтого цвета; В — более тонкие и рыхлые коллагеновые волокна расположены в сосочковом слое дермы и более толстые пучки коллагеновых волокон видны в сетчатом слое; Г — коллагеновые волокна дают анизотропию желтого цвета разной интенсивности в зависимости от толщины и плотности расположения коллагеновых волокон в разных слоях дермы

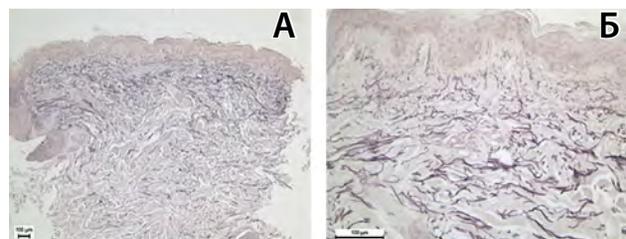


Рис. 10. Гистологическая структура эластиновых волокон в биоптате кожи пациента 1 в исходном состоянии, окраска орсеином: А — в черный цвет окрашены коллагеновые волокна сетчатого и сосочкового слоев дермы; Б — более тонкие и короткие эластиновые волокна отмечаются в сосочковом слое дермы и более толстые и рыхло расположенные эластические волокна видны в сетчатом слое

У обеих возрастных групп пациентов наблюдалось достоверное увеличение площади сосудов: в группе пациентов 1–3 — в 1,8 раза, а у пациента 4 — в 1,7 раза (**рис. 20**).

В группе пациентов 1–3 после процедуры было зафиксировано увеличение плотности коллагеновых (на 25%) и эластиновых (на 33,3%) волокон и снижение степени фрагментации эластиновых волокон (в 2 раза). У пациента 4 после лечения наблюдалась тенденция к увеличению плотности эластиновых волокон (в 2 раза) и снижение степени их фрагментации (в 3 раза).

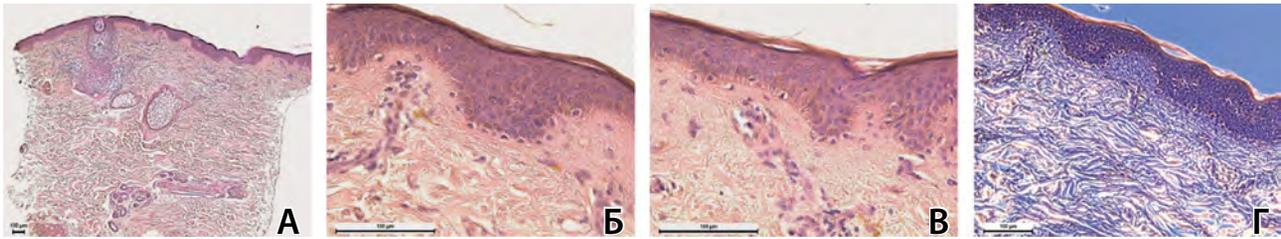


Рис. 11. Гистологическая структура биоптата кожи пациента 1 после процедуры, окраска гематоксилин-эозином: А — общий вид эпидермиса, сетчатого и сосочкового слоев дермы; Б — слабые дистрофические изменения в клетках эпидермиса и незначительная периваскулярная воспалительная инфильтрация в сосочковом слое дермы; В — структура сосочкового и сетчатого слоев дермы; Г — более плотное расположение тонких волокон в сосочковом слое

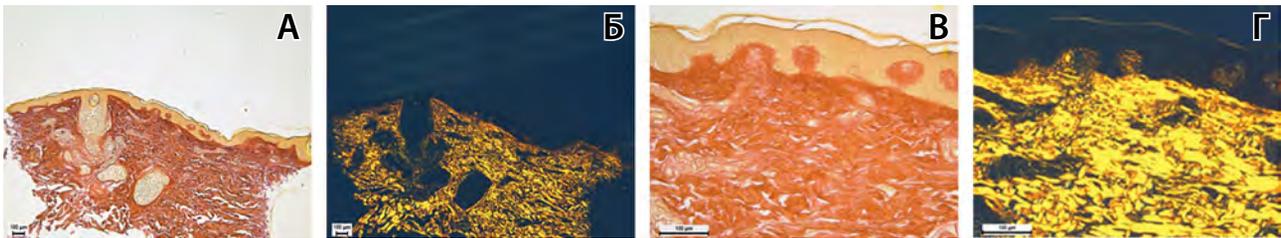


Рис. 12. Гистологическая структура коллагеновых волокон в биоптате кожи пациента 1 после процедуры, окраска пикросириусом красным: А — в красный цвет окрашены коллагеновые волокна сетчатого и сосочкового слоев дермы; Б — коллагеновые волокна дают анизотропию желтого цвета; В — более тонкие и рыхлые коллагеновые волокна расположены в сосочковом слое дермы и более толстые пучки коллагеновых волокон видны в сетчатом слое; Г — коллагеновые волокна дают анизотропию желтого цвета разной интенсивности в зависимости от толщины и плотности расположения коллагеновых волокон в разных слоях дермы

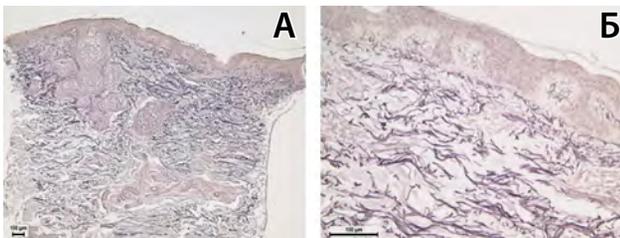


Рис. 13. Гистологическая структура эластиновых волокон в биоптате кожи пациента 1 после процедуры, окраска орсеином: А — в черный цвет окрашены коллагеновые волокна сетчатого и сосочкового слоев дермы; Б — повышение содержания эластиновых волокон в слоях дермы, их продольная ориентация в сетчатом слое

ВЫВОДЫ

В исходном состоянии для кожи пациентов возрастной группы 35–40 лет были характерны умеренные дистрофические изменения в клетках эпидермиса. В сосочковом слое дермы коллагеновые волокна были в основном тонкие и рыхло расположенные, эластиновые волокна также тонкие, редкие и фрагментированные. Иногда в сосочковом слое встречались отдельные участки заметного разрыхления волокон с увеличенным содержанием там лимфоцитов и макрофагов, а также очаги уплотнения и гомогенизации ткани (фиброз, гиалиноз). В сетчатом слое дермы коллагеновые волокна формировали пучки и располагались более плотно, эластиновые волокна были также толще,

СОГЛАСНО ПОЛУЧЕННЫМ В ХОДЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДАННЫМ, РАДИОЧАСТОТНАЯ МИКРОИГОЛЬЧАТАЯ ТЕРАПИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МОЩНЫМ ИНДУКТОРОМ НЕОЭЛАСТОГЕНЕЗА, ПРИЧЕМ ЧЕМ СТАРШЕ ПАЦИЕНТ, ТЕМ ЭТОТ ЭФФЕКТ БОЛЕЕ ВЫРАЖЕН.

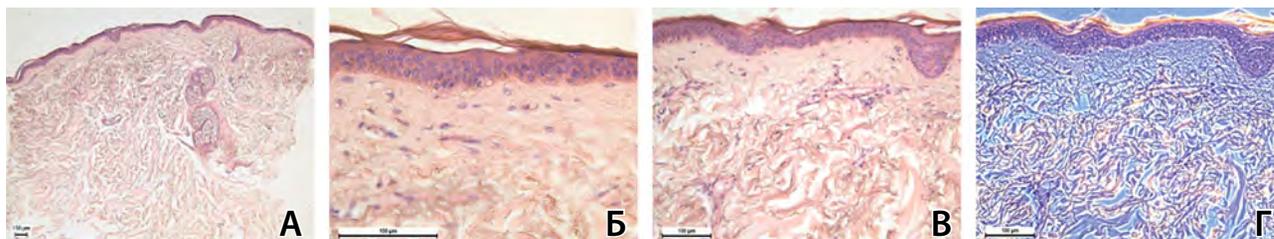


Рис. 14. Гистологическая структура биоптата кожи пациента 4 (69 лет) до процедуры, окраска гематоксилин-эозином: А — общий вид эпидермиса, сетчатого и сосочкового слоев дермы; Б — истонченный эпидермис, утолщенный сосочковый слой дермы; В — слабая васкуляризация и умеренная периваскулярная воспалительная инфильтрация в дерме; Г — тот же участок при фазово-контрастной микроскопии

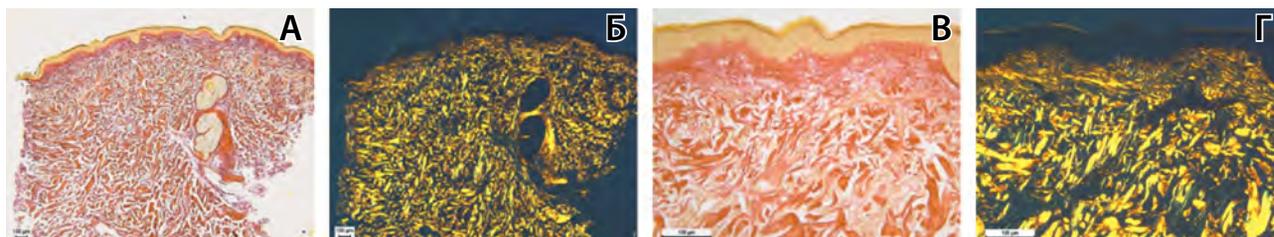


Рис. 15. Гистологическая структура коллагеновых волокон в биоптате кожи пациента 4 (69 лет) до процедуры, окраска пикросириусом красным: А — в красный цвет окрашены коллагеновые волокна сетчатого и сосочкового слоев дермы; Б — коллагеновые волокна дают анизотропию желтого цвета; В — плотное расположение тонких коллагеновых волокон в сосочковом слое дермы, рыхлое расположение пучков коллагеновых волокон в сетчатом слое; Г — коллагеновые волокна дают анизотропию желтого цвета разной интенсивности в зависимости от толщины и плотности расположения коллагеновых волокон в разных слоях дермы

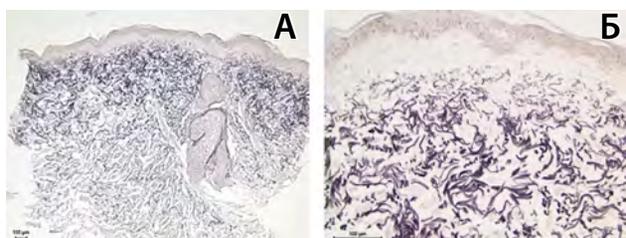


Рис. 16. Гистологическая структура эластиновых волокон в биоптате кожи пациента 4 (69 лет) в исходном состоянии, окраска орсеином; А — в черный цвет окрашены коллагеновые волокна сетчатого и сосочкового слоев дермы; Б — гипозэластоз и фрагментация в сосочковом слое дермы, гиперэластоз и фрагментация в сетчатом слое дермы

часто фрагментированные и распределенные неравномерно. Клеточный состав дермы в основном был представлен фибробластами и немногочисленными сосудами с умеренной периваскулярной инфильтрацией из лимфоцитов и макрофагов.

После проведения радиочастотной микроигльчатой терапии Morpheus8 дистрофические изменения клеток эпидермиса практически не выявлялись, в дерме отсутствовали участки резкого разрыхления волокон, а также очаги фиброза и гиалиноза. В сосочковом слое дермы повысилась плотность коллагеновых волокон, эластиновые волокна располагались более равномерно, их степень фрагментации уменьшалась. В сетчатом слое отмечалось увеличение содержания коллагеновых и эластиновых волокон с одновременным уменьшением их фрагментации. В дерме возросло количество фибробластов и сосудов, при этом лимфо-макрофагальная инфильтрация была минимальной.

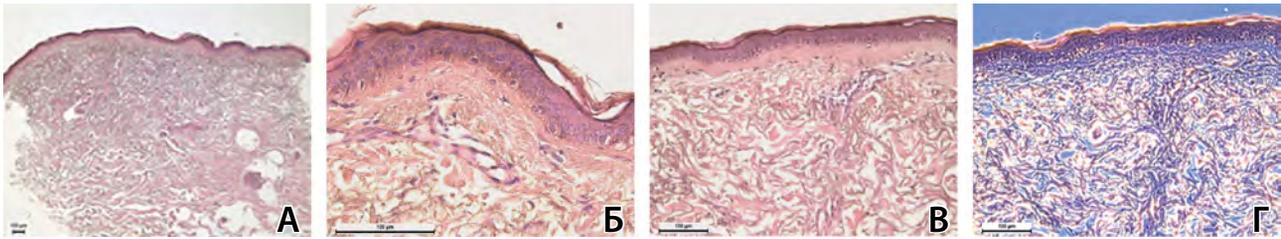


Рис. 17. Гистологическая структура биоптата кожи пациента 4 (69 лет) после процедуры, окраска гематоксилин-эозином: А — общий вид эпидермиса, сетчатого и сосочкового слоев дермы; Б — тонкий слой эпидермиса и сосочкового слоя, повышение содержания сосудов в сосочковом слое; В — структура сосочкового и сетчатого слоев дермы с увеличенным содержанием сосудов; Г — тот же участок при фазово-контрастной микроскопии

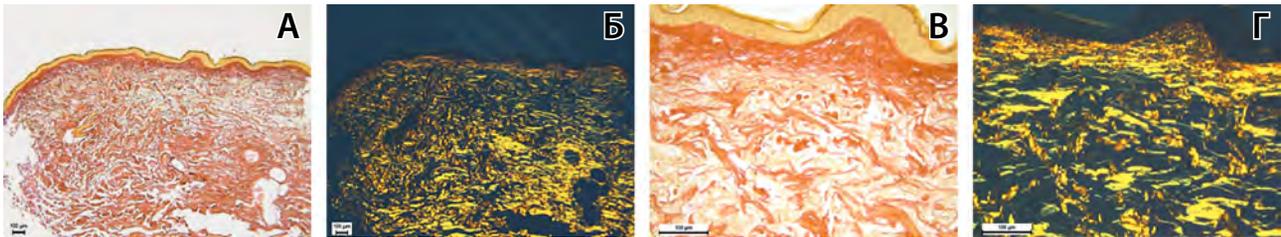


Рис. 18. Гистологическая структура коллагеновых волокон в биоптате кожи пациента 4 (69 лет) после процедуры, окраска пикосириусом красным: А — в красный цвет окрашены коллагеновые волокна сетчатого и сосочкового слоев дермы; Б — коллагеновые волокна дают анизотропию желтого цвета; В — повышение содержания коллагеновых волокон в сосочковом слое дермы; Г — усиление анизотропии коллагеновых волокон в слоях дермы

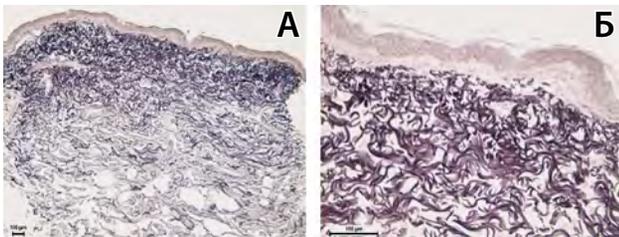


Рис. 19. Гистологическая структура эластиновых волокон в биоптате кожи пациента 4 (69 лет) после лечения, окраска орсеином: А — в черный цвет окрашены коллагеновые волокна сетчатого и сосочкового слоев дермы; Б — гиперэластоз в сетчатом слое дермы

В биоптате кожи пациента старшего возраста (69 лет) до процедуры отмечалось выраженное истончение эпидермиса. В утолщенном сосочковом слое дермы тонкие коллагеновые волокна были очень плотно расположены, тогда как эластиновых волокон было значительно меньше (гипоэластоз) и наблюдалась их фрагментация. В сетчатом слое отмечалось рыхлое расположение пучков коллагеновых волокон. В наружных участках сетчатого слоя выявлялся гиперэластоз, но в более глубоких участках плотность эластиновых волокон уменьшалась, а фрагментация увеличивалась. Содержание фибробластов и сосудов

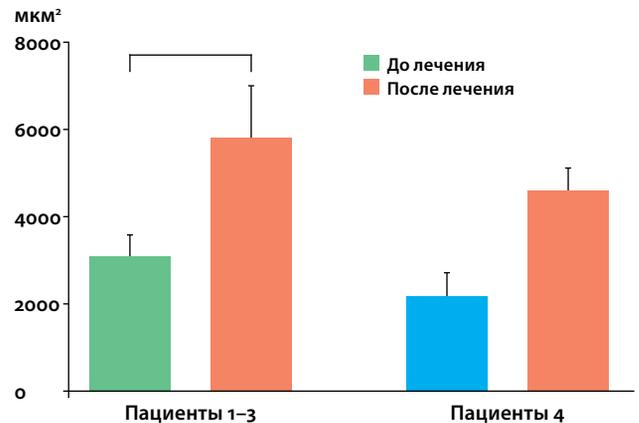


Рис. 20. Изменение площади сосудов у пациентов обеих возрастных групп после процедуры Morpheus8

в слоях дермы было снижено, отмечались немногочисленные лимфоциты и макрофаги.

После микроигольчатой радиочастотной терапии в сосочковом слое повысилось содержание сосудов и эластиновых волокон. Наиболее значительные изменения произошли в сетчатом слое с резким преобладанием над разрыхленными коллагеновыми волокнами многочисленных плотно расположенных эластиновых волокон.

Заключение

Таким образом, проведение радиочастотной микроигольчатой терапии Morpheus8 благотворно сказалось на состоянии кожи пациентов разного возраста: наблюдались выраженная индукция неозластогенеза и неоваскуляризации, ослабление воспалительной реакции, улучшение структуры эпидермиса, снижение выраженности возрастных изменений и усиление регенеративных свойств. **В биоптатах кожи после процедуры было отмечено увеличение количества клеток эпидермиса, фибробластов и сосудов, возросла плотность коллагеновых и эластиновых волокон в слоях дермы, дистрофические изменения клеток и воспалительная инфильтрация были минимальны. Следует отметить, что у пациентов более старшего возраста эффективность радиочастотной микроигольчатой терапии была выше в связи с выраженной стимуляцией эластогенеза в сетчатом слое дермы.**

Полученные результаты характеризуют радиочастотную микроигольчатую терапию Morpheus8 как эффективный метод коррекции возрастных изменений кожи лица у пациентов разных возрастных групп.

КОММЕНТАРИЙ ЭКСПЕРТА

Гайдаш

Наталья Владимировна

Главный редактор журнала «Аппаратная косметология»
К. м. н., дерматовенеролог,
косметолог, специалист
по лазерным технологиям,
руководитель медицинского
центра «ТриАктив»

Радиочастотная терапия на сегодняшний момент является одним из самых интересных и оправданных методов омоложения стареющей кожи. Прекрасные результаты на тканевом уровне, которые демонстрируются нам в данной статье, конечно, убедительны и подтверждают то, что этот метод на сегодняшний момент является одним из самых эффективных. Особо стоит отметить высокую результативность метода при работе с пациентами разных возрастных групп и более выраженный эффект у пациентов старшего возраста, что существенно расширяет наши терапевтические возможности.

Литература

1. **Chambers E.S., Vukmanovic-Stejic M.** Skin barrier immunity and ageing. *Immunology* 2020; 160(2): 116–125.
2. **Fligiel S.E., Varani J., Datta S.C., et al.** Collagen degradation in aged/photodamaged skin in vivo and after exposure to matrix metalloproteinase-1 in vitro. *J Invest Dermatol* 2003; 120(5): 842–848.
3. **Cao Q., Tartaglia G., Alexander M., et al.** Collagen VII maintains proteostasis in dermal fibroblasts by scaffolding TANGO1 cargo. *Matrix Biol* 2022; 111: 226–244.
4. **Baumann L., Bernstein E.F., Weiss A.S., et al.** Clinical Relevance of Elastin in the Structure and Function of Skin. *Aesthet Surg J Open Forum* 2021 14; 3(3): ojab019.
5. **Uitto J., Li Q., Urban Z.** The complexity of elastic fibre biogenesis in the skin — a perspective to the clinical heterogeneity of cutis laxa. *Exp Dermatol* 2013; 22(2): 88–92.
6. **Le Page A., Khalil A., Vermette P., et al.** The role of elastin-derived peptides in human physiology and diseases. *Matrix Biol* 2019; 84: 81–96.
7. **Sugitani H., Hirano E., Knutsen R.H., et al.** Alternative splicing and tissue-specific elastin misassembly act as biological modifiers of human elastin gene frameshift mutations associated with dominant cutis laxa. *J Biol Chem* 2012; 287(26): 22055–22067.
8. **Halabi C.M., Mecham R.P.** Elastin purification and solubilization. *Methods Cell Biol* 2018; 143: 207–222.
9. **Pierre A., Lemaire F., Meghraoui-Kheddar A., et al.** Impact of aging on inflammatory and immune responses during elastin peptide-induced murine emphysema. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol* 2019; 316(4): L608–L620.
10. **Muto J., Kuroda K., Wachi H., et al.** Accumulation of elafin in actinic elastosis of sun-damaged skin: elafin binds to elastin and prevents elastolytic degradation. *J Invest Dermatol* 2007; 127(6): 1358–1366.
11. **Janig E., Haslbeck M., Aigelsreiter A., et al.** Clusterin associates with altered elastic fibers in human photoaged skin and prevents elastin from ultraviolet-induced aggregation in vitro. *Am J Pathol* 2007; 171(5): 1474–1482.
12. **Robert L., Molinari J., Ravelojaona V., et al.** Age- and passage-dependent upregulation of fibroblast elastase-type endopeptidase activity. Role of advanced glycation endproducts, inhibition by fucose- and rhamnose-rich oligosaccharides. *Arch Gerontol Geriatr* 2010; 50(3): 327–331.
13. **Imokawa G., Ishida K.** Biological mechanisms underlying the ultraviolet radiation-induced formation of skin wrinkling and sagging I: reduced skin elasticity, highly associated with enhanced dermal elastase activity, triggers wrinkling and sagging. *Int J Mol Sci* 2015; 16(4): 7753–7775.
14. **Kawaguchi Y., Tanaka H., Okada T., et al.** Effect of reactive oxygen species on the elastin mRNA expression in cultured human dermal fibroblasts. *Free Radic Biol Med* 1997; 23(1): 162–165.
15. **Mulholland S.** The InMode Book 2021. <https://prev.boomerangfx.com/the-inmode-book-3/>
16. **НОВАЯ КОСМЕТОЛОГИЯ.** Аппаратная косметология и физиотерапия. Под общ. ред. Е.И. Эрнандес. М.: ИД «Косметика и медицина», 2019.
17. **Hantash B.M., Ubeid A.A., Chang H., et al.** Bipolar fractional radiofrequency treatment induces ne elastogenesis and neocollagenesis. *Lasers Surg Med* 2009; 41(1): 1–9.

Аршакян В.А., Абрамов Е.А.

Сэндвич-лифтинг от BodyTite: коррекция дряблости и атонии кожи при помощи комбинированного RF-воздействия

Применение хирургического лифтинга в отношении определенных категорий пациентов сопряжено с недостаточной клинической эффективностью и риском осложнений. В статье рассмотрены возможности применения малоинвазивного комбинированного RF-лифтинга посредством биполярных аппликаторов BodyTite (InMode-Invasix) и фракционных аппликаторов Fractora/ Morpheus8 (InMode-Invasix) для коррекции дряблости и атонии кожи в качестве высокоэффективной и безопасной альтернативы хирургическим техникам в определенных клинических случаях.

Ключевые слова: дряблость кожи, атония кожи, лифтинг, RFAL, BodyTite, Fractora, Morpheus8

**Аршакян
Вардан Арамаисович**

К.м.н., врач-пластический
хирург, онколог-маммолог,
Москва

**Абрамов
Егор Андреевич**

Пластический хирург, дер-
матолог, косметолог, меди-
цинский советник ФГУП НПО
МИКОРОГЕН Минздрава
России, Екатеринбург

Малоинвазивное уплотнение кожи и уменьшение жировых отложений долгое время являлось сложнодостижимой целью эстетической хирургии. Коррекция дряблости представляла особую сложность у определенных категорий пациентов:

- 1) молодые люди, которые хотят достичь уплотнения мягких тканей без традиционных операций, рубцов, восстановительного периода и ограничения социальной активности;
- 2) пациенты с дряблостью мягких тканей, которая не является «достаточно выраженной», чтобы служить показанием для эксцизионной процедуры, и в то же самое время не может быть скорректирована только посредством липосакции;
- 3) пациенты с рецидивирующей дряблостью, которые уже прошли традиционные эксцизионные процедуры.

Осуществление пластических операций при подобных клинических случаях сопряжено с риском гипер- и гипокоррекции, что послужило стимулом для разработки энергетических технологий коррекции дряблости кожи и морщин, включая лазер, высокочастотный фокусированный ультразвук и радиочастотный ток (RF).

Применение RF-технологии для коррекции дряблости кожи

Применение RF-технологий неуклонно расширяется и набирает популярность с начала 2000-х гг. с последовательным увеличением использования на 10% и более ежегодно.

Цель радиочастотной терапии состоит не в том, чтобы заменить эксцизионные процедуры, а в том, чтобы добиться уплотнения кожи у «проблемных» категорий пациентов, расширяя арсенал пластического хирурга. Стандартные зоны локальных жировых отложений включают в себя подмышечные валики, мягкие ткани, расположенные проксимально к колену, а также супра- и инфраумбиликальную область. Эти области выигрывают от более глубокой коррекции (4000 мкм) для удаления жировой ткани и максимального уплотнения кожи. RF-энергия обеспечивает уплотнение кожи за счет термического нагревания ретикулярной дермы, что вызывает каскад восстановительных реакций, сопряженных с образованием коллагена. Сопротивление тканей электрическому току обуславливает переменный импеданс и образование термической энергии. К примеру, жировая ткань является диэлектриком и характеризуется высоким сопротивлением току (прохождение тока сопряжено с выделением большого количества тепла), а вода ближе всего к чистому проводнику (при прохождении тока выделяется меньше тепла). Образование нового коллагена, эластина и кровеносных сосудов происходит, когда температура поверхности кожи достигает 38–41 °С. В отличие от лазера, RF не зависит от хромофора и имеет лучший профиль безопасности для всех типов кожи с точки зрения риска нарушений пигментации [1].

Применение внутренней и внешней липокоагуляции посредством радиочастотного тока, технология RFAL (разработка компании InMode-Invasix) в виде монотерапии или в комбинации с фракционным лифтингом (аппликаторы Fractora и Morpheus8) позволяет достичь значительного омоложения и лифтинга кожи без длительного реабилитационного периода, послеоперационных рубцов и других нежелательных эффектов открытого эксцизионного лифтинга (см. таблицу).

Таблица. Характеристика радиочастотных аппликаторов (InMode-Invasix), используемых для сокращения и уплотнения мягких тканей [2]

Параметры работы и особенности конфигурации	Биологические эффекты	Клинические эффекты
Аппликаторы BodyTite, FaceTite, AccuTite		
<p>Биполярная структура:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ внутренний электрод вводится в подкожную жировую ткань на необходимую глубину, покрыт силиконом за исключением 4 мм части, испускающей RF-ток; ■ внешний электрод скользит вдоль поверхности кожи, соединен в насадке с внутренним электродом и расположен по отношению к нему под углом 90°. ■ Аппликатор оснащен системами автоматической регулировки и отключения RF-энергии в зависимости от внутренней и внешней температуры, высокого и низкого импеданса, контакта с тканью, а также защитой от скачков температуры. ■ Внутренняя температура отключения 70 °С, внешняя температура отключения от 38 до 42 °С в зависимости от выраженности дряблости кожи (рис. 1, 2) 	<p>Испускаемая из внутреннего источника RF-энергия распространяется преимущественно вверх и вниз по вертикальной ФСС в пределах 1 см от внутреннего электрода; температура мягких тканей повышается до 70 °С, происходит коагуляция жировой ткани, сокращение ФСС. Внутренний электрод осуществляет деликатный нагрев сосочкового и ретикулярного слоев дермы и неаблятивное, субнекротическое ремоделирование коллагена</p>	<p>Сокращение жирового слоя, неоколлагенез, ремоделирование дермы, повышение тонуса кожи, разглаживание рельефа кожи, коррекция морщин</p>

Параметры работы и особенности конфигурации	Биологические эффекты	Клинические эффекты
Аппликатор Fractora		
<p>Фракционное радиочастотное устройство, оснащено положительными микроигльчатыми электродами и двумя расположенными на широком расстоянии отрицательными электродами (рис. 3–4)</p> <p>Разновидности рабочих насадок Fractora:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 60 микроигл (низкая плотность) и 126 микроигл (высокая плотность), длиной 600 мкм, без покрытия; служат для общего ремоделирования кожи. ■ 24 микроиглы длиной 3000 мкм без покрытия / с силиконовым покрытием для трансдермальной абляции. ■ 24 микроиглы с силиконовым покрытием обеспечивают щадящий эпидермальный нагрев для осуществления селективной глубокой дермальной, тепловой абляции и ремоделирования 	<p>Колеблющийся радиочастотный ток течет вниз по острым положительно заряженным иглам, которые проникают в эпидермис и дермальную ткань на разную глубину, в зависимости от выбранного наконечника Fractora и параметров тока. RF-ток вызывает абляцию ткани вокруг каждого кончика иглы. Кратер абляции затем окружается зоной необратимой коагуляции. Зона необратимой коагуляции будет замещена коллагеном, эластином и основным межклеточным веществом, тогда как зона абляции, если она эпидермальная и дермальная по своей природе, будет эпителизирована базальными кератиноцитами и затем восстановлена в течение 42 дней. При протекании тока от вершины абляционного кратера к отрицательно заряженным, широко разнесенным между собой отрицательным электродам происходит неаблятивная щадящая термостимуляция верхних слоев кожи</p>	<p>Уменьшение выраженности морщин, коррекция эластоидных изменений, разглаживание рельефа кожи, уплотнение тканей</p>
Аппликатор Morpheus8		
<p>Радиочастотное устройство, содержит комплекс из 24 игльчатых электродов, покрытых силиконом, за исключением наконечника (рис. 5–7).</p> <p>Можно установить глубину пенетрации игльчатых электродов на 2 мм (перикокулярная область), 3 мм (лицо) и 4 мм (тело). Количество испускаемой с кончика микроигльчатого электрода RF аблятивной и коагуляционной энергии может быть установлено в пределах 10–62 мДж/микроигла. Фиксированный режим работы (игльчатые электроды остаются в положении выведения), либо циклический, когда автоматический цикл выведения и ретракции происходит каждые 1–2 с</p>	<p>Кончики положительно заряженных игльчатых электродов без покрытия высвобождают мощную RF-энергию, которая вызывает локальную коагуляцию жировой ткани и ее уплотнение, а также сокращение фибросептальной сети, соединенной с кожей. Сокращение жировой ткани и фибросептальной сети вызывает подтягивание вышележащей кожи. RF-энергия далее течет от кончиков положительно заряженных игльчатых электродов к поверхностным отрицательно заряженным электродам треугольной формы, через которые выступают игльчатые электроды (внизу слева и справа). RF-поток к отрицательно заряженным внешним электродам имеет мягкий, некротический характер и неаблятивно уплотняет дерму, обеспечивает неаблятивный, некротический и значительный прямой нагрев сосочковой и ретикулярной дермы и кожи, что стимулирует выработку нового коллагена, эластина и межклеточного вещества</p>	<p>Уплотнение мягких тканей и устранение вышележащих морщин, рубцов, неровного рельефа кожи, пор, даже растяжек и рубцов после угревой сыпи</p>

Для наиболее эффективной коррекции дряблости кожи канадский пластический хирург, широко применяющий в своей практике малоинвазивные методики, Стефан Малхолланд (Stephen Mulholland) рекомендует сочетать воздействие RF-энергии «снаружи внутрь» (аппликаторы Fractora/Morpheus8) с воздействием «изнутри кнаружи» при помощи аппликатора BodyTite. Подобная терапевтическая комбинация получила название «сэндвич-лифтинг», в рамках которого BodyTite обеспечивает субдермальное уплотнение, а аппликатор Fractora/Morpheus8 агрессивно воздействует на ретикулярную дерму, вызывая ее ремоделирование [2].

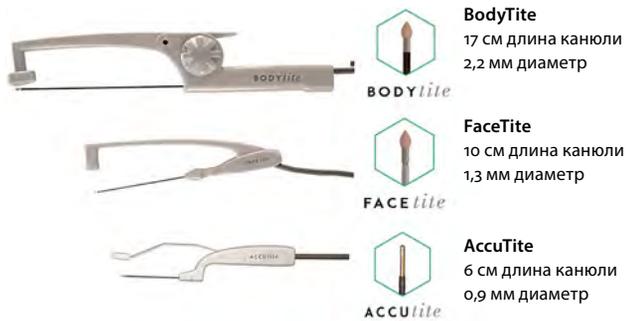


Рис. 1. Семейство насадок RFAL (InMode, Invasix) [2]

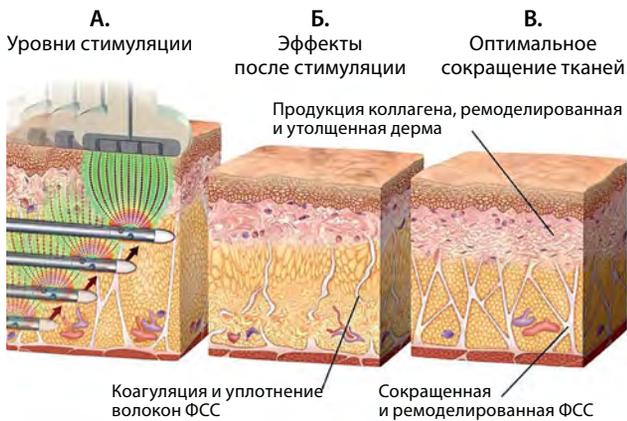


Рис. 2. Многоуровневая последовательная вертикальная стимуляция ФСС посредством BodyTite приводит к существенному объемному сокращению мягких тканей [2]



Рис. 3. Аппликатор Fractora [2]

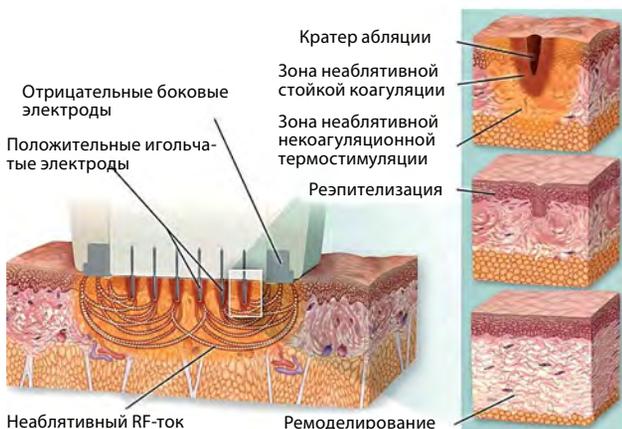


Рис. 4. Механизм действия Fractora [2]



Рис. 5. Аппликатор Morpheus8 [2]

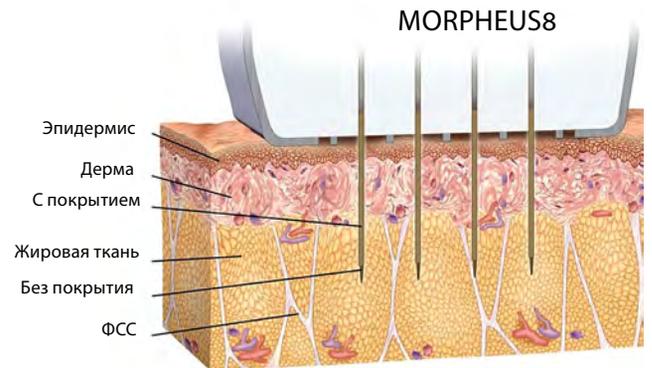


Рис. 6. Morpheus8 вводит положительно заряженные кончики микроигл с силиконовым покрытием через кожу в поверхностную жировую ткань. Кончик каждого микроигльчатого электрода заряжен положительно и испускает мощную RF-энергию, которая нагревает, коагулирует и уплотняет жировую ткань, ФСС и вышележащую кожу. RF-энергия поступает к отрицательно заряженным возвратным электродам в форме ромба на поверхности кожи, обеспечивая более деликатный, ненекротический, неаблятивный нагрев и ремоделирование сосочкового слоя дермы [2]

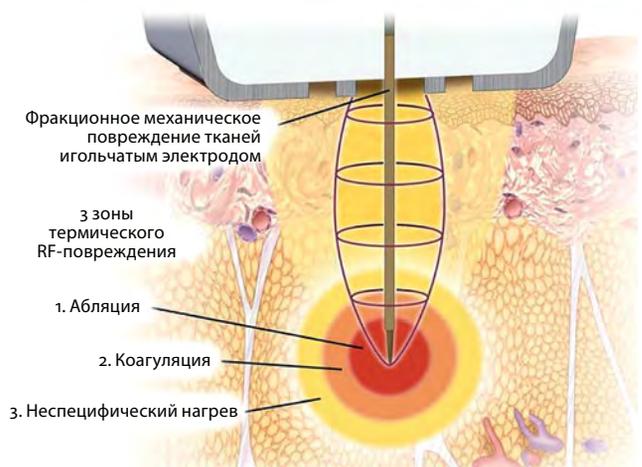


Рис. 7. Реализация термического эффекта Morpheus8 [2]

BodyTite обеспечивает выраженное неэксцизионное сокращение мягких тканей благодаря комбинации внутреннего RF-воздействия, позволяющего добиться объемного сокращения жирового слоя на 34% путем воздействия на вертикальную, косую и горизонтальную ФСС, и деликатного трансэпидермального нагрева сосочкового и ретикулярного слоев дермы, сопровождающегося сокращением тканей на 10% [3]. **При комбинации BodyTite с Morpheus8 или Fractora показатель сокращения мягких тканей может превышать 40%.** Это означает, что многие пациенты со снижением тонуса кожи могут рассчитывать на ранее недоступную неэксцизионную коррекцию.

Примеры клинического применения комбинированного RF-воздействия для коррекции дряблости кожи

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СТАРЕНИЕ ЛИЦА И РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ДРЯБЛОСТЬ КОЖИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛИФТИНГА

Все чаще молодые пациенты сталкиваются с ранними проявлениями фотостарения лица (к примеру, дряблость кожи нижнечелюстной линии и шеи), не являющимися показанием к эксцизионной коррекции. Одновременно существует большая группа пациентов, которые уже прошли хирургический лифтинг и беспокоятся о возобновлении проявлений дряблости кожи. Эти группы являются идеальными кандидатами для RF-обработки, надежно и безопасно обеспечивающей уплотнение кожи и субдермальное ремоделирование жировой ткани.

Согласно личному практическому опыту Dayan и соавт., пациенты лучше всего реагируют на комбинацию процедур BodyTite и Morpheus8. Учеными было обследовано 247 пациентов (224 женщины, 23 мужчины; средний возраст 55 лет; диапазон 26–67 лет), проходящих подобную комбинированную радиочастотную

терапию по поводу дряблости кожи шеи и подбородка [1]. Их средний балл по классификации Baker Face Neck Classification для возрастных изменений лица и шеи до лечения составлял 3,1. Объективное улучшение после лечения составило 1,4 балла, и 93% пациентов указали, что они довольны своими результатами и снова пройдут процедуру. Негативные состояния включали стойкий отек на протяжении 6 нед (4,8%, 12/247), уплотнение зоны коррекции > 12 нед (3,2%, 8/247) и нейропраксию (1,2%, 3/247), которые разрешились самостоятельно без дополнительного вмешательства (рис. 8).

В качестве примерного алгоритма проведения комбинированной процедуры коррекции дряблости кожи подподбородочной зоны, латеральной и передней поверхности шеи и области яремной вырезки можно привести протокол сочетанной обработки биполярным RF-аппликатором BodyTite и фракционным RF-аппликатором Fractora согласно Mulholland [2].



Рис. 8. (А) Предоперационная клиническая картина у 55-летней женщины с дряблостью кожи подподбородочной и нижнечелюстной области. (Б) Клиническая картина через 6 мес после радиочастотного микронидлинга [1]

1. **Разметка зоны коррекции, осуществление тумесцентной анестезии** 0,5% раствором лидокаина с добавлением адреналина из расчета 0,1 мл/100 мл общего раствора, создание канала доступа.
2. **Обработка биполярным аппликатором BodyTite:**
 - установка параметров конечных точек обработки (внутренняя температура 55–70 °С, эпидермальная температура 36–38 °С, если у пациента достаточно благоприятный тонус кожи, 38,5 °С — при умеренной дряблости кожи, 38–39 °С — для кожи с выраженной дряблостью);
 - процедуру начинают с обработки глубокой штампующей техникой, внутренний электрод вводится на максимальную глубину поднижнечелюстной жировой ткани (но выше платизмы), согласно полученным методом щипка измерениям, штампование производится веерообразно с перекрытием зон для обеспечения полного охвата глубокой ФСС, коагуляции жировой ткани, малых венул и артериол;
 - по достижении внутренней температурной конечной точки и завершении полной последовательной вертикальной обработки штампующей техникой приступают к технике медленного перемещения до внешней температурной конечной точки 38–39 °С для дополнительного сокращения мягких тканей и ремоделирования дермы.
3. **Аспирация шейной и подподбородочной жировой ткани.**
4. **Обработка фракционным аппликатором Fractora:** наконечник с 24 микроиглами применяется во всех зонах, обработанных с помощью BodyTite, в зависимости от эстетических характеристик кожи шеи после завершения обработки наконечником с 24 микроиглами возможно продолжить обработку кожи наконечником Fractora с 60 микроиглами без покрытия. Наконечник с 60 микроиглами идеально подходит для коррекции поверхностных морщин и улучшения текстуры кожи, в то время как приоритетный эффект наконечника с 24 микроиглами заключается в значительном глубоком сокращении сосочкового и ретикулярного слоев дермы после процедур BodyTite (**рис. 9, 10**).
5. **Послеоперационный уход.**



Рис. 9. Обработка латеральной поверхности шеи насадкой BodyTite [2]



Рис. 10. Насадки Fractora с 24 микроиглами с покрытием (слева) и 60 микроиглами без покрытия (справа) обычно используются сразу после глубокой или поверхностной обработки BodyTite для достижения максимального термического уплотнения кожи [2]

БРАХИОПЛАСТИКА

Согласно базе данных Американского общества эстетической пластической хирургии, за 2017 г. было выполнено около 18 000 процедур хирургического лифтинга области плеч, что на 20,1% больше, чем в предыдущем году [4]. Несмотря на рост востребованности процедуры, брахиопластика часто осложняется плохим рубцеванием, расслоением, серомой и инфекцией. Хирургическая коррекция локальных жировых отложений проксимальнее локтя, а также на латеральной поверхности грудной клетки представляет собой непростую цель и зачастую осложняется деформацией контура. Эту проблему попытались решить с помощью поверхностного нагрева посредством ультразвукового или лазерного воздействия. Тем не менее для перечисленных методов характерно неравномерное уплотнение тканей и высокий риск деформации контура.

Theodorou и соавт. исследовали клиническую эффективность липокоагуляции посредством радиочастотного тока (RFAL) в области плеча у 40 пациентов [5]. Со-

гласно объективной оценке пластического хирурга, достигнутое сокращение мягких тканей можно было охарактеризовать как «хорошее» и «превосходное» у большинства пациентов. В этой группе наблюдалось минимальное количество осложнений (1 серома, разрешенная посредством аспирации, и 1 ожог). В соответствии с клиническим опытом авторов, применение фракционной RF-обработки в дополнение к RFAL усиливает эффект сокращения мягких тканей, а также расширяет возможности коррекции сложных областей, к примеру локальных жировых отложений проксимальнее локтя или в месте соединения руки / подмышечной впадины (рис. 11).

Практические рекомендации по процедуре уплотнения и сокращения мягких тканей в области плеч при помощи сочетанной обработки биполярным RF-аппликатором BodyTite и фракционным RF-аппликатором Fractora согласно Mulholland [2]:

1. Подкожная клетчатка инфильтрируется раствором Кляйна двойной концентрации.
2. Игла 16G используется для создания доступа к подкожно-жировой клетчатке.
3. Далее приступают к последовательной обработке RFAL тканей в вертикальном направлении, следуя технике штампования, до достижения конечного внутреннего температурного показателя 70 °С. По завершении техники глубокого штампования приступают к технике плавного перемещения с внешней температурной конечной точкой 38–39 °С.

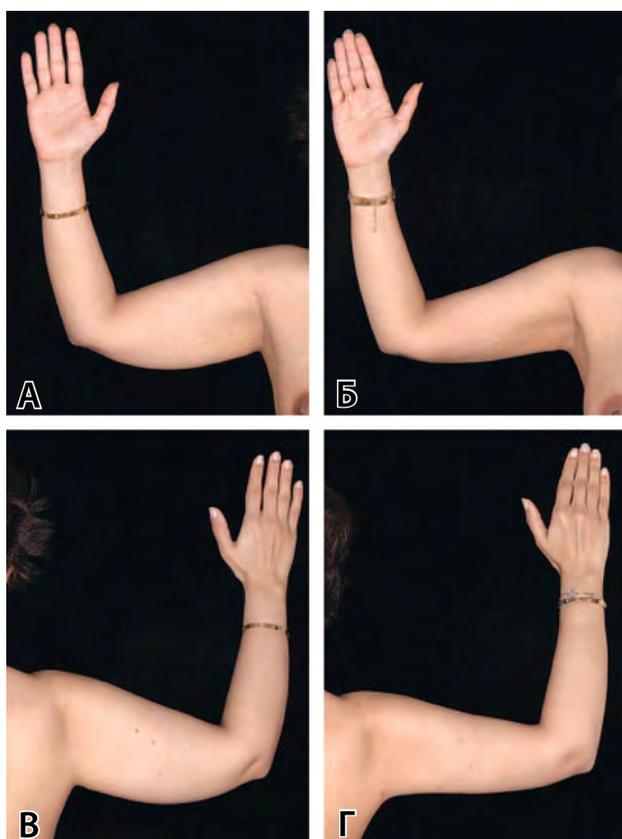


Рис. 11. RFAL-уплотнение мягких тканей плеч у 40-летней женщины; исходное состояние, передняя поверхность (А) и задняя поверхность (В); клиническая динамика через 12 мес после RF-липокоагуляции и аспирации 700 мл с RF-мощностью 35 Вт, максимальной температурой 38 °С и общим количеством поставленной энергии 20,3 кДж, передняя поверхность (С) и задняя поверхность (Д) [5]

4. В последующем зону коррекции обрабатывают насадкой Fractora с 24 микроиглами серией из 3–4 импульсов за 3–4 прохода, затем насадкой с 60 микроиглами за 2 прохода единичными импульсами.
5. При наличии избыточной жировой ткани по внутренней поверхности плеча производят аспирацию тупой полрой канюлей диаметром 2,0–2,4 мм по окончании процедуры RFAL.

ЗОНЫ ЛОКАЛЬНОЙ ДРЯБЛОСТИ КОЖИ И ИЗБЫТОЧНЫХ ЖИРОВЫХ ОТЛОЖЕНИЙ

Проблемные зоны локальных жировых отложений включают в себя подмышечный хвост молочной железы, гинекомастию у мужчин, мягкие ткани, расположенные проксимальнее колена, а также супра/инфраумбиликальную область. Эти области особенно плохо поддаются коррекции у пациентов со сниженной эластичностью кожи, которые не готовы прибегнуть к пластической операции, но в то же время не могут достичь желаемых результатов посредством классической липосакции. Большое количество этих «промежуточных» пациентов представляет собой пробел в лечении, который может быть восполнен комбинированным применением биполярной RFAL-технологии и фракционного RF-микронидлинга, которые позволяют произвести глубокое удаление жировой ткани (4000 мкм), а также для максимального уплотнения кожи (рис. 12, 13).

Практические рекомендации по уплотнению и сокращению мягких тканей в супра/инфраумбиликальной области при помощи сочетанной обработки биполярным RF-аппликатором BodyTite и фракционным RF-аппликатором Fractora согласно Mulholland [2]:

1. Разметку дряблой кожи и жировых отложений в надпупочной области осуществляют в положении стоя.
2. Выбор параметров воздействия: внутренняя температурная конечная точка 70 °С, внешняя температурная конечная точка 39 °С.
3. Перед операцией методом щипка определяют глубину и количество уровней обработки жирового слоя.



Рис. 12. Женщина в возрасте 44 лет: (А) исходное состояние, (Б) клиническая картина через 6 мес после обработки кожных «валиков» в области спины посредством RFAL и RF-микронидлинга [1]



Рис. 13. Женщина в возрасте 47 лет с дряблостью кожи живота. (А) исходное состояние; (Б) через 6 мес после биполярной RFAL-обработки и RF-микронидлинга супра/инфраумбиликальной области. Существенным преимуществом RF-обработки является коррекция дряблости кожи, недостижимая посредством традиционной липосакции [1]

4. Выполняется глубокая средняя и поверхностная вертикальная техника штампования с последующим переходом на технику медленного перемещения.
5. Небольшое количество жира может быть аспирировано после достижения температурных конечных точек с использованием канюли с тупым концом диаметром 2,4–3,0 мм.
6. По достижении температурных конечных точек можно произвести обработку наконечником с 24 микроиглами серией из 3–4 импульсов за 3–4 прохода, затем наконечником с 60 микроиглами за 2 прохода единичными импульсами для усиления сокращения тканей.
7. Компрессионное белье носят в течение 6 нед, можно также подумать об использовании закрытой дренажной техники в течение 5–7 дней.

Заключение

Радиочастотная технология стала эффективным методом для безопасного уплотнения кожи и уменьшения жировой ткани. В особенности комбинированное применение RFAL-аппликаторов и фракционных аппликаторов Morpheus8 и Fractora актуально в отношении проблемных категорий пациентов, не являющихся оптимальными кандидатами для пластической операции.

RF-энергия позволяет не только деликатно сократить умеренные объемы нежелательных жировых отложений с сохранением ровного контура, но и достичь долговременного уплотнения кожи за счет ремоделирования дермы и неоколлагеногенеза, что существенно расширяет врачебные возможности и позволяет найти индивидуальный подход к каждому пациенту.

Литература

1. **Dayan E., Chia C., Burns A.J., Theodorou S.** Adjustable Depth Fractional Radiofrequency Combined with Bipolar Radiofrequency: A Minimally Invasive Combination Treatment for Skin Laxity. *Aesthet Surg J* 2019; 39: 112–119.
2. **Малхолланд С.** BodyTite. RF-технологии в эстетической медицине. М.: ИД «Косметика и медицина», 2020.
3. **Duncan D.I.** Improving Outcomes in upper arm liposuction: Adding radiofrequency-assisted liposuction to induce skin contraction. *Aesth Surg J* 2012; 32(1): 84–95.
4. *Cosmetic Surgery National Data Bank Statistics.* *Aesthet Surg J* 2018; 38: 1–24.
5. **Theodorou S., Chia C.** Radiofrequency-assisted Liposuction for Arm Contouring: Technique under Local Anesthesia. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2013; 1(5): 37.

Абрамов Е.А.

Последние достижения в сфере интимного омоложения: насадки FormaV и FractoraV

В настоящее время для интимного омоложения начали активно использоваться безоперационные методы воздействия и, в частности, аппаратные технологии. В статье представлено одно из наиболее перспективных направлений аппаратного интимного омоложения — RF-воздействие. Подробно рассмотрены общие принципы работы RF-устройств, а также описаны возможности современных RF-аппаратов для комплексного интимного омоложения на примере насадок FormaV и FractoraV.

Ключевые слова: интимное омоложение, вагинальное омоложение, интимное RF-омоложение

Усовершенствование технологий аппаратного омоложения позволило расширить сферу их применения. Так, в последние годы большую популярность получило использование аппаратных методов для решения проблем женской половой сферы — для так называемого интимного омоложения. Среди прочих видов воздействия особый интерес представляют RF-технологии — благодаря комфорту выполнения таких деликатных процедур, отсутствию длительного реабилитационного периода и низкому риску нежелательных побочных явлений. Более того, современные аппараты оснащены функцией контролируемого воздействия, позволяющей выполнять высокоэффективные и в то же время безопасные процедуры.

Рассмотрим, как работают такие устройства, на примере представителя последнего поколения RF-технологий для комплексного интимного омоложения — насадок FormaV и FractoraV (разработка компании Invasix, Израиль).

Абрамов Егор Андреевич

Пластический хирург, дерматолог, косметолог, медицинский советник ФГУП НПО МИКОРОГЕН Минздрава России, Екатеринбург

Общий принцип работы RF-устройств

RF-воздействие — это нагревание тканей с помощью переменного электрического тока, частота колебаний которого совпадает с частотой колебаний электромагнитных волн радиодиапазона — от 30 кГц до 3000 ГГц (поэтому метод и получил свое название — от англ. Radio Frequency, RF) [1].

ТЕХНОЛОГИЯ RF-ВОЗДЕЙСТВИЯ

Все насадки для RF-воздействия имеют электроды, на которые подается напряжение. При контакте с кожей или слизистыми оболочками биологические

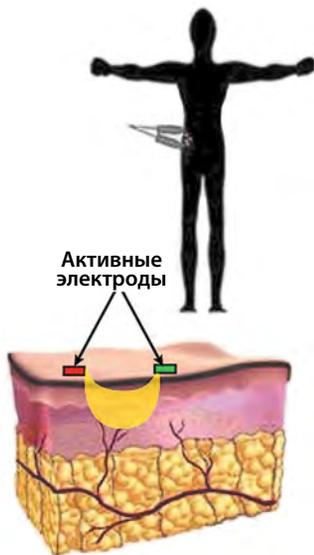


Рис. 1. Биполярное воздействие

ткани, расположенные между электродами, выполняют функцию токопроводящей среды — между электродами замыкается электрическая цепь, и ток через ткани течет от одного электрода к другому. Ток хорошо проходит по структурам, в которых много воды (с растворенными в ней электролитами), но чем воды меньше, тем больше структура «сопротивляется» прохождению тока и нагревается [2].

Современные RF-технологии основаны на использовании **биполярного воздействия** — наличии как минимум двух активных электродов, между которыми идет электрический ток (**рис. 1**). Глубина нагревания тканей в случае поверхностного неинвазивного биполярного воздействия зависит от расстояния между электродами и приблизительно соответствует половине этого расстояния. Работа **мультиполярных RF-устройств**, содержащих большое количество электродов в насадке, также основана на принципе биполярного воздействия — в ходе работы происходит поочередная активация различных пар электродов [3].

Еще одним вариантом RF-технологии является **фракционный RF-микронидлинг** (или микроиглочатый RF). В аппаратах для RF-микронидлинга электроды выполнены в виде иглочек, которые вводятся в кожу. По сути это то же биполярное воздействие, однако введение электродов в кожу позволяет избежать перегрева рогового слоя (который содержит мало воды и сильно нагревается при поверхностном воздействии) и обеспечить более интенсивное и глубокое прогревание тканей, чем в случае поверхностной RF-обработки (**рис. 2**) [4].

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ RF-ВОЗДЕЙСТВИЯ

Главной «мишенью» RF-омоложения служат коллагеновые волокна, содержащие относительно небольшое количество воды. При длительном воздействии температуры 40–42 °С в коллагеновых волокнах происходят определенные модификации, которые в итоге приводят к их сжатию, утолщению и переориентации. Также повышение температуры оказывает стимулирующее влияние на фибро-

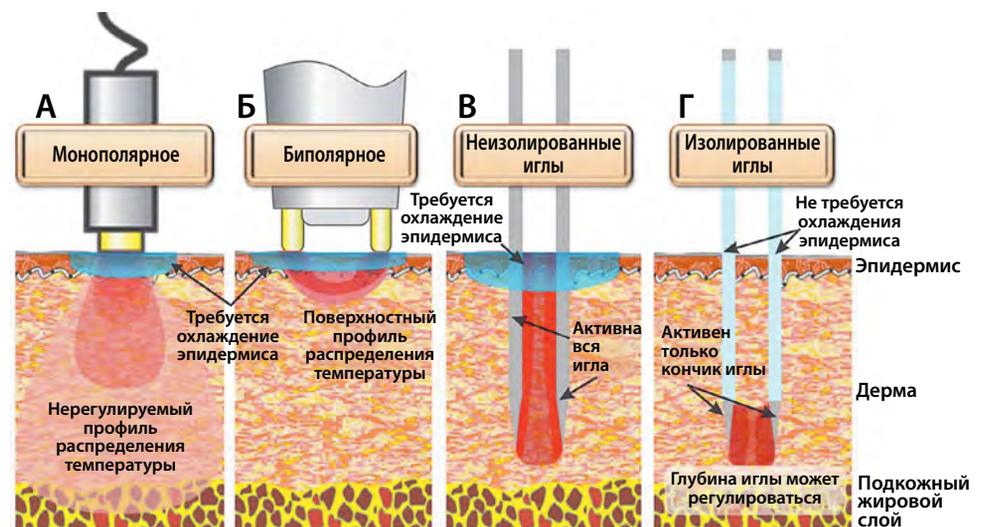


Рис. 2. Виды RF-технологий

бласты — запускает неокollaгeнез и усиливает продукцию компонентов внеклеточного матрикса в целом. Показано, что через 2 нед после RF-воздействия в коже увеличивается содержание коллагена (кроме того, его волокна становятся более толстыми и прочными), эластина и мукополисахаридов [5].

Фракционная микроигольчатая RF-технология позволяет нагревать ткани до более высоких температур (65–75 °C), что обуславливает мгновенную контракцию коллагеновых волокон [6]. Так, в области повреждений формируются зоны абляции, коагуляции и сублетального нагрева, а вокруг этих зон остаются неповрежденные структуры с регенераторным потенциалом, обеспечивающие быстрое заживление и ремоделирование тканей (неокollaгeногенез, неоэластигенез и ремоделирование дермы в целом) [7].

Эффекты после процедур делятся на **первичные (мгновенные)** — лифтинг тканей за счет контракции коллагена и **вторичные (отсроченные)**, связанные с обновлением эпидермиса, неокollaгeногенезом и перестройкой дермального каркаса. Последние становятся явными через 1–2 мес после процедуры и сохраняются длительное время.

Комплексное интимное RF-омоложение с насадками FormaV и FractoraV

Интимное омоложение — это комплекс процедур, направленных на коррекцию физиологических и эстетических проблем наружных и внутренних половых органов. Эти проблемы могут быть обусловлены как возрастными изменениями (в том числе возрастным снижением уровня эстрогенов), так и предшествующей родовой деятельностью с травмами родовых путей и формированием рубцов, а также заболеваниями урогенитального тракта.

Насадки FormaV и FractoraV используют возможности поверхностного биполярного воздействия и RF-микронидлинга и позволяют проводить процедуры как внутреннего, так и наружного интимного омоложения.

FormaV

Насадка FormaV оснащена сменным одноразовым наконечником с тремя активными электродами (рис. 3). Удлиненная форма основания позволяет проводить внутривлагалищные манипуляции, а также обработку наружных половых органов (в том числе клитора). Сантиметровая шкала, нанесенная на поверхность насадки, обеспечивает контроль глубины введения электродов (нумерация разметки начинается с 3 см с учетом размера головки электрода).

Уникальной разработкой компании Invasix является встроенный температурный датчик для наблюдения за температурой кожи и слизистых на всем протяжении обработки, что гарантирует безопасность процедур. С помощью специального программного обеспечения перед началом процедур выставляется предельная температура нагрева,

СОВРЕМЕННЫЕ RF-УСТРОЙСТВА ПОЗВОЛЯЮТ ПРОВОДИТЬ НАГРЕВ ТКАНЕЙ НА ЗАДАННОЙ ГЛУБИНЕ ДО ЖЕЛАЕМОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ. ЭТО СТАЛО ВОЗМОЖНЫМ БЛАГОДАРЯ ПОДБОРУ ОПТИМАЛЬНОЙ ЧАСТОТЫ ПЕРЕМЕННОГО ТОКА РАДИОЧАСТОТНОГО ДИАПАЗОНА, РАЗМЕРОВ И ФОРМЫ ЭЛЕКТРОДОВ, РАССТОЯНИЯ МЕЖДУ НИМИ И ВРЕМЕНИ ВОЗДЕЙСТВИЯ.



Рис. 3. Насадка FormaV со сменным наконечником



Рис. 4. До (слева) и после одной процедуры (справа) комплексного интимного омоложения с помощью насадки FormaV (фото из личных архивов Абрамова Е.А.)



Рис. 5. Результаты процедур комплексного интимного омоложения с помощью насадки FormaV: до (слева) и после двух сеансов (справа)

максимум которой составляет 42 °С. При достижении предельного значения генерация RF-тока автоматически прекращается, что позволяет избежать перегрева и ожогов. Таким образом, в ходе сеанса температура постоянно поддерживается на заданном уровне без пиков и охлаждения, обеспечивая максимально равномерное воздействие и значимые клинические результаты (**рис. 4**). На данный момент это первое и единственное устройство, обладающее одновременно возможностью мониторинга температуры и программируемым контролем ее поддержания на оптимальном уровне за счет автоматического включения/выключения подачи RF-напряжения на электроды.

В зависимости от целей процедур возможен выбор различных уровней энергии воздействия, который можно постепенно увеличивать с учетом чувствительности пациента. Кроме того, можно настроить подачу RF-тока в виде единичного импульса длительностью 30 с или непрерывную подачу в режиме повторений.

Для обеспечения гладкого скольжения по тканям на насадку наносится специальный гель на водной основе. Он предварительно прогревается до температуры тела путем RF-воздействия в течение нескольких секунд, что обеспечивает комфорт при введении насадки во влагалище. Обработка стенок влагалища происходит по специальному алгоритму, обеспечивающему равномерное прогревание на 360°.

При установке порогового значения температуры в 42 °С обработка одной зоны занимает 10–15 мин. Если значение пороговой температуры ниже 41 °С, необходимо поддерживать заданную степень прогрева в течение более 15 мин в каждой обрабатываемой зоне.

Число процедур зависит от индивидуальных особенностей пациента и обычно составляет 2–3 сеанса (еженедельно), но может варьировать в зависимости от ответной реакции пациента (**рис. 5**). Применяя более длительное воздействие (до 30 мин), можно уменьшить число процедур до 1–2, но это будет зависеть от индивидуальной чувствительности пациента и реакций его организма.

FractoraV

Насадка FractoraV является представителем фракционных RF-технологий, а именно RF-микронидлинга, и используется для омоложения наружных половых органов (рис. 6). Поскольку электроды поставляют энергию непосредственно в ткани, то возможно использовать более высокие уровни энергии, обеспечивая абляцию эпидермиса и дермы.

Всего на поверхности насадки расположено 24 электрода, которые могут быть представлены в двух вариантах (рис. 7):

- без покрытия — обеспечивают прогревание на всю глубину кожи;
- с покрытием (изолированное основание) — обеспечивают прогревание только глубоких слоев дермы и субдермальных областей.

Глубина абляции составляет 3 мм, глубина прогрева может достигать 5 мм (рис. 8). Также возможно регулировать уровень энергии воздействия.

Преимущество фракционного RF-микронидлинга FractoraV по сравнению с фракционными аблятивными лазерами заключается в том, что такое воздействие обуславливает меньшее повреждение эпидермиса (в случае игл с покрыти-



Рис. 6. Фракционная насадка FractoraV

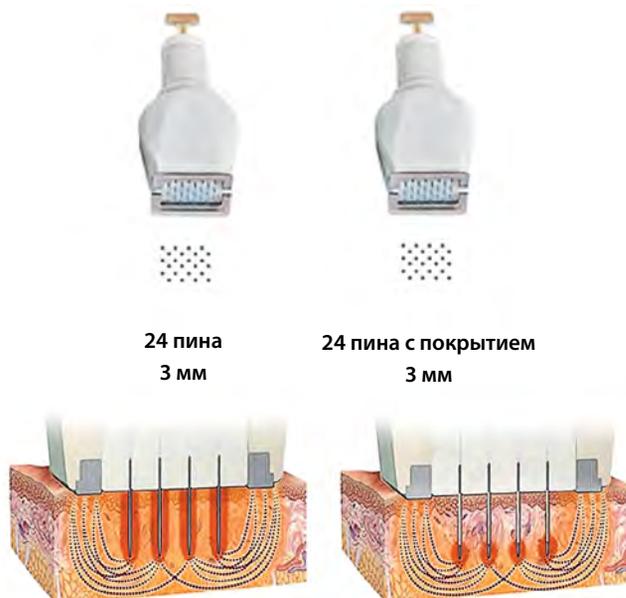


Рис. 7. Электроды насадки FractoraV — с покрытием (слева) и без покрытия (справа)

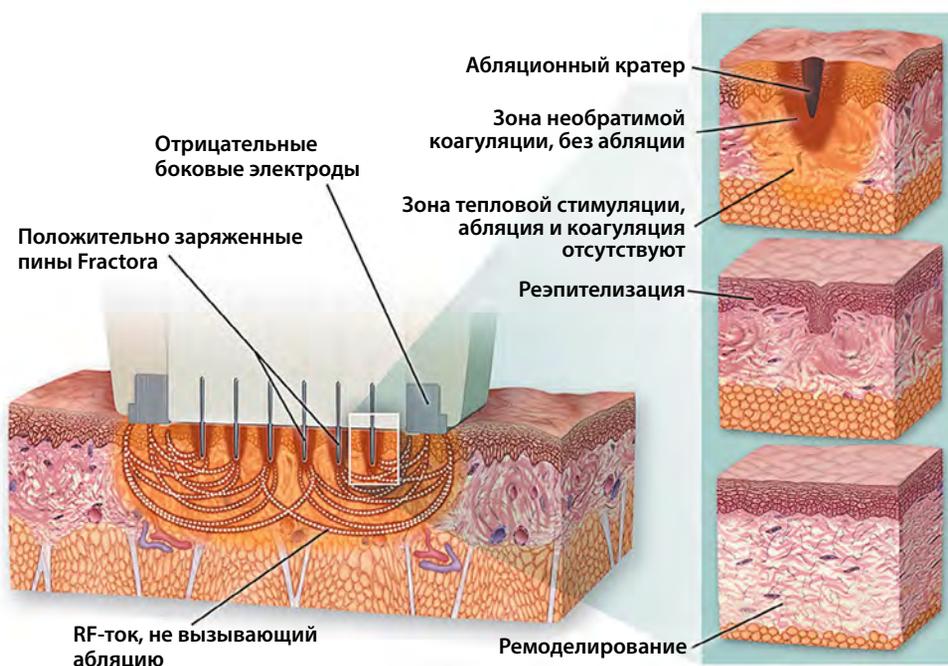
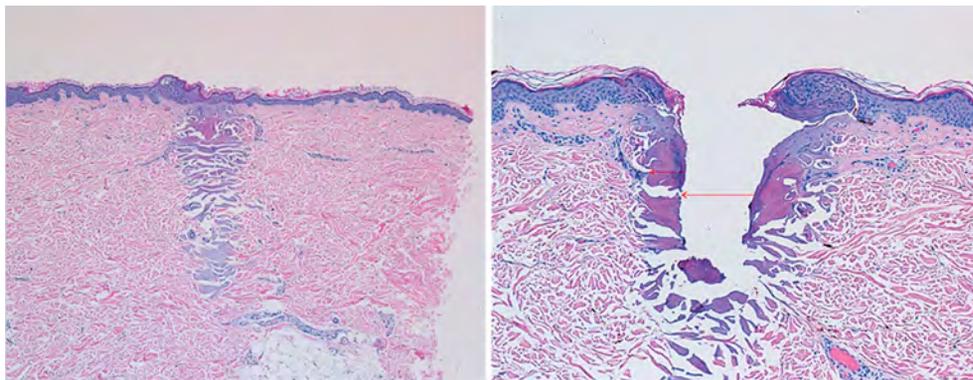


Рис. 8. Принцип работы FractoraV

Рис. 9. Гистологические изменения при обработке тканей с помощью электродов FractoraV с покрытием (слева) и без покрытия (справа)



ем оно обусловлено только механическим повреждением) и, следовательно, характеризуется меньшим риском нежелательных побочных эффектов (**рис. 9**). Кроме того, с помощью FractoraV можно проводить процедуры на коже любого типа. Это особенно актуально для наружных половых органов, поскольку кожа на них зачастую гиперпигментирована.

В общем случае для получения значимых результатов достаточно одной процедуры, однако конкретное их количество определяется индивидуально с учетом состояния пациента, а также переносимости воздействия. Сразу после процедуры может наблюдаться проходящая эритема и отечность, которые быстро исчезают. Также в области внедрения электродов в кожу образуются корочки, которые естественным образом отшелушиваются спустя несколько дней.

Показания для использования FormaV и FractoraV

Таким образом, насадки FormaV и FractoraV могут использоваться для решения следующих женских проблем:

- снижение эластичности и упругости слизистой оболочки влагалища;
- сухость (ксероз) и атрофия (крауроз) вульвы;
- растяжение и птоз стенок влагалища (синдром вагинальной релаксации);
- ухудшение кровообращения;
- непроизвольное мочеиспускание, обусловленное гиперподвижностью уретры;
- стрессовое недержание мочи;
- потеря эластичности и дряблость наружных половых органов;
- снижение сексуальной чувствительности или отсутствие оргазма;
- субъективное недовольство внешним видом наружных половых органов.

Заключение

Возможности аппаратной косметологии и, в частности, RF-технологий постоянно дорабатываются и расширяются. Если еще некоторое время назад

у специалистов возникали вопросы к безопасности RF-устройств (вспомним первое поколение монополярного Thermage с его всем известными осложнениями), то на сегодняшний день использование RF-технологий даже в такой деликатной области, как интимное омоложение, является высокоэффективным, комфортным, с низким риском нежелательных побочных явлений и не требующим длительного реабилитационного периода. Представителем таких технологий последнего поколения являются насадки FractoraV и FormaV, позволяющие проводить комплексное интимное омоложение с высокой степенью эффективности и безопасности процедур.

Более того, имеющаяся тенденция показывает, что в будущем степень контроля воздействия будет увеличиваться, а значит, будет увеличиваться и прогнозируемость результатов.

Литература

1. **Gold M.H.** Tissue tightening — a hot topic utilizing deep dermal heating. *J Drugs Dermatol* 2007; 6(12): 1238–1242.
2. **De Araújo A.R., Soares V.P.C., da Silva F.S., Moreira T. da S.** Radiofrequency for the treatment of skin laxity: myth or truth. *An Bras Dermatol* 2015; 90(5): 707–721.
3. **Montesi G., Calvieri S., Balzani A., Gold M.H.** Bipolar radiofrequency in the treatment of dermatologic imperfections: clinicopathological and immunohistochemical aspects. *J Drugs Dermatol* 2007; 6(9): 890–896.
4. **Hruza G., Taub A.F., Collier S.L., Mulholland S.R.** Skin rejuvenation and wrinkle reduction using a fractional radiofrequency system. *J Drugs Dermatol* 2009; 8(3): 259–265.
5. **Zelickson B.D., Kist D., Bernstein E., et al.** Histological and ultrastructural evaluation of the effects of a radiofrequency-based nonablative dermal remodeling device: a pilot study. *Arch Dermatol* 2004; 140(2): 204–209.
6. **Vangsnest C.T. Jr., Mitchell W. 3rd, Nimni M., et al.** Collagen shortening. An experimental approach with heat. *Clin Orthop Relat Res* 1997; 337: 267–271.
7. **Hantash B.M., Ubeid A.A., Chang H., et al.** Bipolar fractional radiofrequency treatment induces ne elastogenesis and neocollagenesis. *Lasers Surg Med* 2009; 41(1): 1–9.

Малхолланд С.

Неэксцизионная RF-коррекция возрастных изменений периорбитальной области: комплексный подход от BodyTite

Биологические эффекты радиочастотного тока могут быть эффективно использованы для сокращения мягких тканей и ремоделирования дермы. В статье рассмотрены клинические возможности липокоагуляции посредством радиочастотного тока RFAL и фракционного радиочастотного лифтинга (платформа BodyTite, Invasix) для неэксцизионной блефаропластики и коррекции малярных мешков, а также комбинированный подход к терапии возрастных изменений периорбитальной области.

Ключевые слова: радиочастотный ток, неэксцизионная блефаропластика, малярные мешки, BodyTite, RFAL, FaceTite, Fractora

Малхолланд Стивен

М.Д., пластический и реконструктивный хирург, сертифицированный Королевским колледжем врачей и хирургов Канады и Американским советом пластической хирургии, Торонто, Канада

Согласно исследованиям Американской ассоциации эстетической пластической хирургии, за последние 5–8 лет наблюдается ежегодный прирост востребованности технологии неэксцизионного уплотнения кожи и основанных на ее применении процедур на 30–40%, в то же время уровень востребованности хирургического лифтинга кожи лица остается относительно постоянным. Применение внутренней и внешней липокоагуляции посредством радиочастотного тока, технология RFAL (BodyTite, Invasix) в виде монотерапии или в комбинации с фракционным лифтингом (Fractora/BodyTite, Invasix) позволяет достичь значительного омоложения и лифтинга кожи лица без длительного реабилитационного периода, послеоперационных рубцов и других побочных эффектов открытого эксцизионного лифтинга [1].

Как это работает

Аббревиатура RFAL включает два определения: липокоагуляция под действием радиочастотного тока и/или липосакция под действием радиочастотного тока. Основной действующей силой RFAL является переменный электрический ток с рабочей частотой 1 млн Гц/с. Переменный характер изменения тока лежит в основе индукции микроосцилляций молекул тканей, через которые проходит RF-ток. Микромолекулярные движения и микроосцилляции приводят к нагреву тканей — главному терапевтическому эффекту радиочастотной энергии [1, 2].

Существует четыре основных типа радиочастотных термических эффектов, которые компания Invasix использует в своих эстетических рабочих платформах BodyTite для контролируемого RF-повреждения тканей и биологических систем:

- 1) **RF-абляция** поверхностного ретикулярного и сосочкового слоев дермы с целью их ремоделирования;
- 2) **RF-коагуляция** мягких тканей, включая жировую, сосудистую и фиброзную;
- 3) **RF субнекротический, неаблятивный нагрев** матрикса дермы, неаблятивная деликатная коагуляция коллагена, ведущие к ремоделированию дермы;
- 4) **RF-электропорация** клеточных мембран.

Доктор Майкл Крейндел с группой инженеров разработали ряд запатентованных высокотехнологичных насадок, подключаемых к многофункциональной рабочей платформе BodyTite, которые позволяют осуществлять RF-липолиз и термостимуляцию ретикулярного и сосочкового слоев дермы (**рис. 1**). Внутренний электрод движется назад и наружу на разной глубине, которую выбирает сам специалист, в то время как внешний электрод скользит вдоль поверхности кожи. Внутренний электрод осуществляет коагуляцию и сокращение объема мягких тканей, а наружный электрод вызывает неаблятивный нагрев и уплотнение дермы. Для ослабления трения и улучшения скольжения наружного электрода вдоль поверхности на эпидермис наносится стерильный гель, используемый при ультразвуковых исследованиях. Меньший по размеру внутренний электрод создает более высокий коагуляционный индекс в окружающих его тканях и температуры, относящиеся к коагуляционному и аблятивному диапазону (65–90 °C), в результате происходит быстрое и долговременное разрушение фибросептальной сети (ФСС), вызывающее объемное сокращение мягких тканей. Рабочая площадь внешнего электрода намного больше внутреннего, и это позволяет более деликатно воздействовать на поверхность эпидермиса меньшей плотностью энергии, нагревая ткань до 39–42 °C, что приводит к деликатному трансэпидермальному ремоделированию сосочковой и ретикулярной дермы.

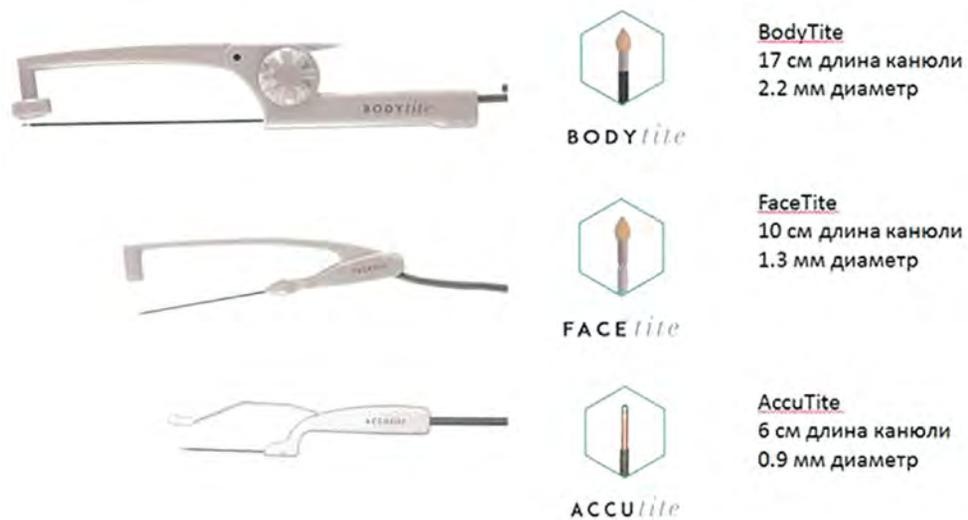


Рис. 1. Семейство насадок RFAL (InMode, Invasix)

RFAL-ТЕХНОЛОГИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ВЫРАЖЕННОЕ НЕЭКЦИЗИОННОЕ СОКРАЩЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ БЛАГОДАРЯ КОМБИНАЦИИ ВНУТРЕННЕЙ RFAL, ПОЗВОЛЯЮЩЕЙ ДОБИТЬСЯ ОБЪЕМНОГО СОКРАЩЕНИЯ ЖИРОВОГО СЛОЯ НА 33–43% ПУТЕМ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ВЕРТИКАЛЬНУЮ, КОСУЮ И ГОРИЗОНТАЛЬНУЮ ФИБРОСЕПТАЛЬНУЮ СЕТЬ И ДЕЛИКАТНОГО ТРАНСЭПИДЕРМАЛЬНОГО НАГРЕВА СОСОЧКОВОГО И РЕТИКУЛЯРНОГО СЛОЕВ ДЕРМЫ, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ СОКРАЩЕНИЕМ ТКАНЕЙ НА 10% [3].

Благодаря биполярной конфигурации становится возможным **ограничение термического воздействия**: электрический ток течет между внутренним и внешним электродом, не нагревая ткани, расположенные под внутренним электродом, что позволяет защитить лицевые нервы в зоне коррекции от термического повреждения.

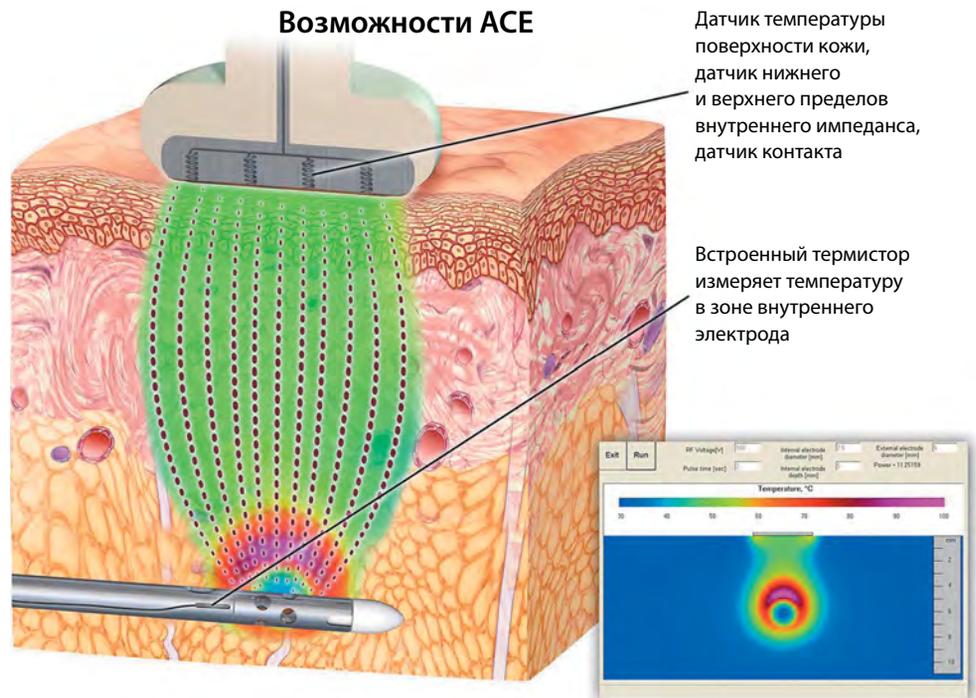
Удовлетворительный профиль безопасности обеспечивается благодаря ряду технических средств, являющихся частью системы обратной связи: при достижении определенных значений анализируемых показателей (конечных точек) происходит отключение подачи RF-тока. Насадки RFAL BodyTite, FaceTite и AccuTite оснащены следующими автоматизированными регуляторами подачи тока: система контроля внутренней температуры, система контроля внешней температуры, контроль контакта внешнего электрода с поверхностью кожи, система контроля высокого и низкого сопротивления тканей прохождению RF-тока (высокий/низкий импеданс), система защиты от скачков температуры (TSP) (рис. 2).

Термостимуляция и сокращение тканей посредством насадок RFAL выполняется на нескольких уровнях в зависимости от толщины подкожно-жирового слоя. Необходимо придерживаться нижеследующих техник обработки.

ТЕХНИКА ГЛУБОКОГО ШТАМПОВАНИЯ

После установки насадки FaceTite на желаемую глубину производят нажатие педали рабочей платформы, энергия начинает высвобождаться. Насадка остается на месте до достижения намеченной температурной точки, после чего извлекается и перемещается в той же плоскости, пока новая или предшествующая штамповочная зона не будет перекрыта на 10–20%, затем последова-

Рис. 2. Процесс обеспечения безопасности процедуры получил название «Измеряй, контролируй» (Acquire, Control and Extend capability, ACE), в основе его лежит постоянный мониторинг внутренней и внешней температуры, высокого и низкого импеданса, уровня подъема температуры (TSP) и контакта



тельность действий повторяется. После обработки штампующей техникой до перехода на следующий уровень приступают к обработке при помощи техники медленного перемещения.

ТЕХНИКА МЕДЛЕННОГО ПЕРЕМЕЩЕНИЯ

Согласно субдермальной технике медленного плавного перемещения внутренний электрод извлекается и вводится в поверхностную подкожную субдермальную ткань и в дальнейшем извлекается медленно в направлении назад и наружу приблизительно со скоростью 1 см/с вдоль ряда с шириной, равной одному или двум диаметрам внешнего электрода.

Процесс веерообразного штампования и перемещения продолжается до тех пор, пока весь объем подкожной ткани не будет обработан последовательно на всей глубине, при этом каждый новый уровень обработки располагается на 1 см более поверхностно по отношению к предшествующему.

Возможности RF-блефаропластики и коррекции малярных мешков

Насадка RFAL FaceTite прекрасно подходит для неэксцизионного омоложения нижнего века, позволяя зачастую достичь эстетических улучшений, сопоставимых с хирургической блефаропластикой. Обработка FaceTite инфраорбитальной области обеспечивает умеренное или значительное улучшение состояния дряблой кожи, морщин нижних век, малярных мешков. FaceTite сочетается с минимальными хирургическими методами, такими как удаление избыточного кожного лоскута или трансконъюнктивальное удаление жирового мешка.

Неэксцизионная блефаропластика FaceTite показана следующей категории пациентов:

- 1) с эластозом и морщинами нижних век от легкой до умеренной степени выраженности;
- 2) с отсутствием показаний к коррекции жировой подушки или кожным эксцизионным техникам;
- 3) имеющих патологию век и органов зрения, которая является противопоказанием для эксцизионных хирургических манипуляций (синдром сухого глаза, отрицательный вектор, выраженная дряблость кожи век) [4, 5].

Неэксцизионная RF-блефаропластика нижнего века

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА

Перед операцией в положении сидя осуществляют разметку век пациента, очерчивая край глазницы, а также выделяя любые жировые мешки нижних век и области скул. Для осуществления местной анестезии раствор лидокаина 1% или раствор Кляйна двойной концентрации вводится в подкожное и/или суборбиткулярное пространство.



Рис. 3. Коррекция нижнего века посредством насадки FaceTite

ПРОЦЕДУРА

Через латеральный доступ в зоне «гусиных лапок», созданный иглой 16G, внутренний электрод FaceTite вводится в подкожное пространство над *m. orbicularis oculi*, глубокая штамповая техника выполняется обычным образом в подкожном пространстве вплоть до тарзальной пластинки (**рис. 3**). Конечными точками служат внешний критический температурный показатель 38–40 °С (нижнее веко очень тонкое, и часто достаточно 38 °С) и внутренний 68–70 °С. Мягкие ткани надглазничной области обрабатывают техникой глубокого штампования по концентрическим кольцам до тех пор, пока все мягкие ткани нижнего века не будут обработаны от тарзальной пластинки и ниже, от края глазницы к области верхней челюсти и скулового возвышения. После сокращения

ФСС глубокой штамповой техникой приступают к обработке тех же мягких тканей техникой медленного перемещения, при которой наружная эпидермаль-ная температура должна достигнуть 38–40 °С.

Обработка техникой перемещения и эпидермальный нагрев кожи осуществляются в направлении вниз с охватом малярных подушек и подглазничной дряблой кожи (поскольку кожа век очень тонкая, следует использовать нижнее значение внешней конечной точки отключения до наработки опыта).

Для оптимизации уплотнения мягких тканей насадки RFAL часто комбинируют с рабочей платформой Fractora и фракционными насадками для RF-ремоделирования (**рис. 4**). Fractora представляет собой насадку и процедуру обработки на базе рабочей платформы BodyTite Fractora, ее по праву считают одним из

Комбинированная терапия с использованием насадок FaceTite и Fractora

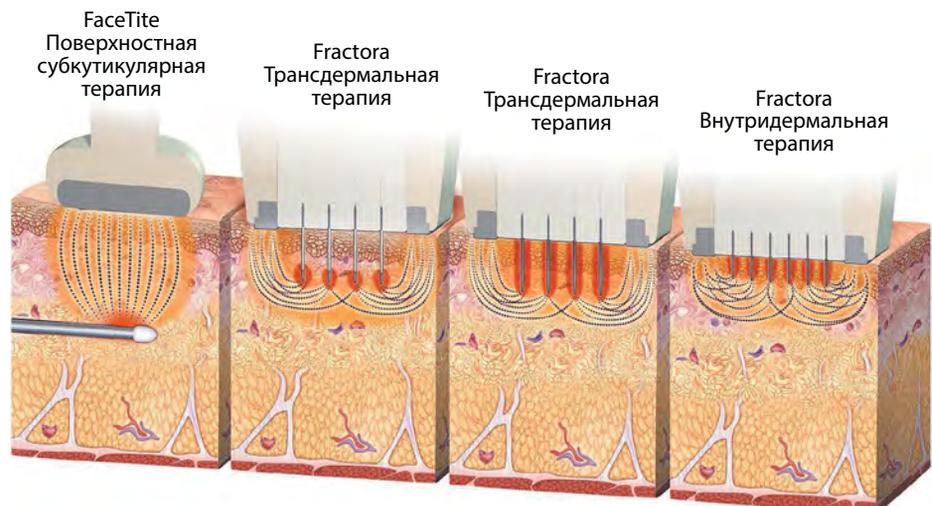


Рис. 4. Оптимального сокращения и уплотнения мягких тканей можно достичь благодаря комбинации RFAL, обеспечивающей 35% сокращение, и фракционного RF-ремоделирования дермы посредством насадки Fractora (BodyTite, Invasix), проведенного непосредственно после RFAL

самых инновационных инструментов фракционного ремоделирования. Одно-разовые наконечники Fractora выпускаются с различной плотностью расположения игл и длиной стержней, а также с проксимальным силиконовым покрытием или без него. Конфигурация Fractora включает положительно заряженные игольчатые электроды и отрицательно заряженные боковые электроды, расположенные на широком расстоянии. После FaceTite используется фракционный радиочастотный наконечник Fractora с 24 микроиглами с покрытием, рабочие параметры — 45 мДж/электрод, серия из 3 импульсов, 3–4 прохода с 30% перекрытием. Затем применяют наконечник Fractora с 60 микроиглами, рабочие параметры — 25–35 мДж/электрод, 3–4 прохода (единичные импульсы). Подобный подход «изнутри кнаружи» (FaceTite) и «снаружи внутрь» (Fractora) для омоложения нижнего века может обеспечить оптимальный «термический сдвиг», который приводит к наилучшей коагуляции мягких тканей.

Неэксцизионная RF-коррекция малярных мешков

Как принято считать, малярный мешок является «лимфатическим коллектором», или скоплением лимфатических мягких тканей, которые зажаты между давящими сверху мягкими тканями и большой и малой скуловыми мышцами (*m. zygomaticus major et minor*). Процедура обработки малярных мешков FaceTite является современным золотым стандартом коррекции малярных мешков с характерным показателем улучшения после однократной процедуры 50–70%. Через латеральную точку доступа — зону «гусиных лапок» — малярные мешки могут быть обработаны стандартной глубокой штампующей техникой FaceTite ниже и над глазничной частью круговой мышцы глаза (*m. orbicularis oculi*), а затем подкожно с использованием внешней конечной точки отключения 40 °С и наружной конечной точки отключения 70 °С. Далее область малярных мешков обрабатывается трансэпидермально наконечником Fractora с 24 микроиглами с покрытием (рис. 5). Параметры: 45 мДж/электрод, серия из 2–3 импульсов, 2–3 прохода. Если имеются некоторые поверхностные эластоидные возрастные изменения, можно прибегнуть к обработке наконечником с 60 микроиглами, используя следующие параметры: 35 мДж/электрод, единичные импульсы, 2–3 прохода.

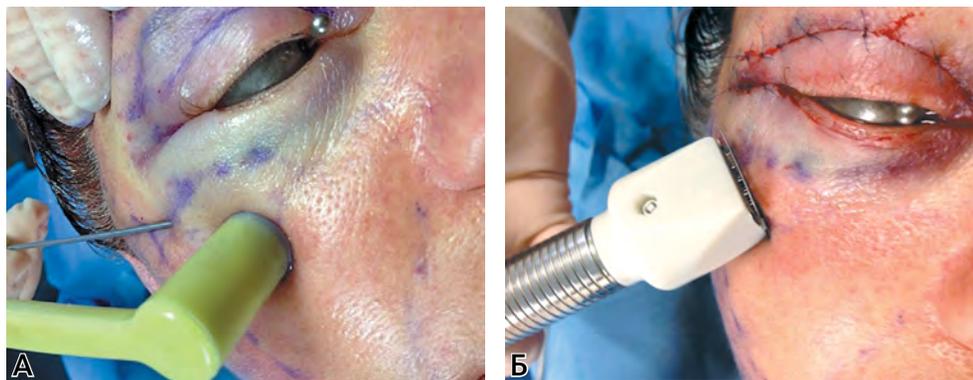


Рис. 5. Обработка нижнего века может осуществляться «изнутри кнаружи» — FaceTite (А) и «снаружи внутрь» — Fractora (Б) для достижения максимально возможного неэксцизионного уплотнения нижнего века

Рис. 6. Неэксцизионная блефаропластика малярных мешков и нижних век при помощи FaceTite и Fractora



Описанная техника коррекции малярных мешков может быть выполнена изолированно, как локальная процедура, или в сочетании с полной процедурой обработки FaceTite нижнего века либо с открытой нижней блефаропластикой (рис. 6). Прогрессирующие малярные мешки, особенно у пожилых пациентов, все же лучше корректировать с помощью эллиптического иссечения.

Неэксцизионная RF-блефаропластика верхнего века

Цель коррекции верхнего века с помощью FaceTite — убрать дряблость кожи и избыточный кожный лоскут от надтарзальной складки до области под бровями и бровного валика.

ПРОЦЕДУРА

Раствор лидокаина 1% используется для инфильтрации надглазничного пространства. После подкожной анестезии для создания доступа игла 16G вводится через латеральную угловую точку зоны «гусиных лапок» (рис. 7). Используется как поверхностная штампующая техника, так и техника медленного перемещения. Параметры: критический внутренний температурный показатель отключения 70 °С и эпидермальный температурный показатель отключения 40 °С.

Внутренний электрод пропускают в пространство над круговой мышцей глаза выше тарзальной складки верхнего века и осуществляют глубокую штампующую технику (поверхностно), проходя над перегородкой и глазничной частью круговой мышцы глаза вплоть до нижнего края брови. После глубокой штампующей техники выполняется техника плавного перемещения до достижения внешней температурной конечной точки отключения 40 °С. Непосредственно после FaceTite приступают к обработке зоны коррекции наконечником Fractora с 24 микроиглами с покрытием (параметры: серия из 3 импульсов, 2–3 прохода, 35–45 мДж/электрод) и затем наконечником Fractora с 60 микроиглами.



Рис. 7. Обработку верхнего века можно проводить насадкой FaceTite (LidTite) над и под круговой мышцей глаза для уплотнения кожи верхнего века. Коррекция проводится над тарзальной пластинкой. Непосредственно после FaceTite можно сразу приступить к процедуре Fractora

Эксцизионная блефаропластика нижних век в комбинации с FaceTite

Относительно консервативная комбинация эксцизионной и неэксцизионной блефаропластики нижнего века может быть выполнена с помощью FaceTite. Применение RFAL способно привести к превосходным результатам с минимальным риском синдрома круглого глаза вследствие закругления латерального края глаза и/или эктропиона. Преимущество сочетания FaceTite (и/или Fractora) со щипковым иссечением или хирургической коррекцией кожно-мышечного лоскута заключается в возможности добиться более выраженного уплотнения кожи нижнего века под нижним краем глазницы и верхней средней части лица, чем при технике эксцизионной блефаропластики с минимальным натяжением нижнего века.

В случаях, когда врач считает, что пациент выиграет от термической коагуляции и уплотнения круговой мышцы глаза (*m. orbicularis oculi*), используется суборбитальный подход (рис. 8). Для более глубокого проникновения может быть использована игла 16G, электрод FaceTite вводится в пространство под круговой мышцей глаза, что сопряжено с повышенным риском слабовыраженной и временной слабости нижнего века от повреждения некоторых скуловых и щечных ветвей VII нерва, которые иннервируют *m. orbicularis oculi*, но эта слабость обычно временная и постепенно исчезает. Подглазничная обработка с коагуляцией *m. orbicularis oculi* может быть востребованной в тех случаях, когда присутствует мышечная гипертрофия, слабость и/или мышца гипертрофирована и выпячивается, особенно во время активизации.

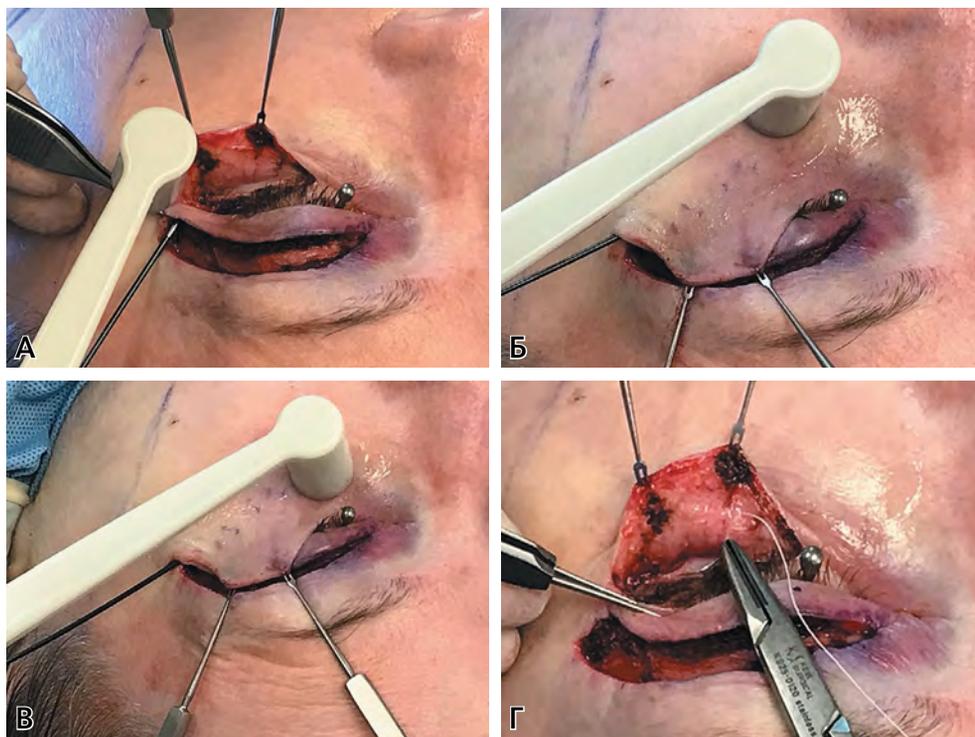


Рис. 8. А. Доступ внутреннего электрода FaceTite к подкожному уровню и уровню под круговой мышцей глаза. Б. Коагуляция техникой штампования и перемещения на цельном кожном лоскуте. В. Обработка FaceTite вокруг края глазницы и в верхней средней части лица. Г. Осуществление латеральной кантопексии перед щипковым иссечением



Рис. 9. А. Наконечник Fractora с 60 микроиглами может быть использован после обработки наконечником с 24 микроиглами. Фракционный RF-наконечник с 60 микроиглами с более низкой энергией корректирует поверхностные эластоидные изменения. Б. Наконечник с 60 микроиглами без покрытия обеспечивает фракционную эпидермально-дермальную абляцию глубиной 600 мкм

По окончании обработки FaceTite осуществляют иссечение кожного или кожно-мышечного лоскута нижнего века, после чего разрез закрывают без натяжения. Затем осуществляется RF-абляция мягких тканей всего нижнего века при помощи наконечника Fractora с 24 микроиглами и, при необходимости, наконечником с 60 микроиглами (поверх зоны субдермальной коагуляции и коагуляции под круговой мышцей глаза в рамках процедуры FaceTite) (рис. 9). При более светлых фототипах кожи или при работе с нижними веками без поверхностных эластоидных изменений, без мелких морщин можно отказаться от применения наконечника с 60 микроиглами. Используются те же параметры, что и при комбинированных процедурах FaceTite-Fractora без эксцизии нижнего века.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ УХОД

На обработанную насадками Fractora кожу наносят биологические и небологические сыворотки. В течение следующих 5–7 дней местно применяется топическая форма антибиотика и затем Аквафор, пока не произойдет реэпителизация. Как правило, пациентам требуется 7–10 дней на восстановление без привычной социальной активности, так как в зоне коррекции наблюдается выраженный отек.

Трансконъюнктивальная блефаропластика (ТКБ) в сочетании с RF-обработкой FaceTite и Fractora

Жировые скопления нижнего века, если они присутствуют, маркируются. Далее через трансконъюнктивальный доступ к жировому мешку проводятся хирургические манипуляции: транспозиция, иссечение жировой ткани или комбинация транспозиции и иссечения. Если кожа нижнего века имеет удовлетворительный тонус, а также отсутствует горизонтальная слабость, FaceTite и Fractora могут быть применены непосредственно после хирургического вмешательства.

Если имеется горизонтальная дряблость кожи нижнего века, может потребоваться укрепление нижнего века в области края глаза после ТКБ и иссечения жирового мешка. Вслед за обеспечением трансконъюнктивального доступа разрезы производят в латеральном углу глаза и по ресничной линии. Ткани приподнимают и смещают вниз, к глазничному краю. При кантопексии нить идет через нижнюю связку и латеральное кантальное сухожилие, проходит к надкостничной связке Уитналла (Whitnalls) и фиксируется к круговой мышце глаза верхнего века и надкостничной ткани через небольшой надрез.

После наложения кантопексии можно произвести очень деликатное и консервативное щипковое иссечение кожи нижнего века. Перед тем как иссечь кожу, ее подвергают умеренному натяжению, рот у пациента должен быть открыт. Затем FaceTite RFAL выполняется в супраорбикулярной и/или суборбикулярной плоскости чуть ниже границы отделения ткани. Техника штампования выполняется над пресептальной и преорбитальной частью круговой мышцы глаза с соблюдением глубокой и поверхностной температурных конечных точек. По достижении эпидермальной температурной конечной точки посредством техники глубокого штампования и поверхностного перемещения аналогичным образом обрабатывают малярные мешки. Затем используют наконечник Fractora с 24 микроиглами с покрытием (55 мДж/электрод, серия из 3 импульсов, 3 прохода). При наличии показаний кожу дополнительно обрабатывают наконечником с 60 микроиглами (единичные импульсы, 2 прохода). После рассмотренных манипуляций выполняется очень консервативное иссечение кожи, и край кожного лоскута подшивают к субцилиарной линии ресниц, используя нерассасывающийся пролен 6-0 или биоабсорбируемый кетгут 6-0.

Подобным образом можно достичь превосходного контура и формы нижнего века наряду с хорошей липокоагуляцией и уплотнением мягких тканей над краем глазницы и верхней челюстно-скуловой костью, что, как правило, недостижимо посредством стандартных методов блефаропластики нижнего века (рис. 10).

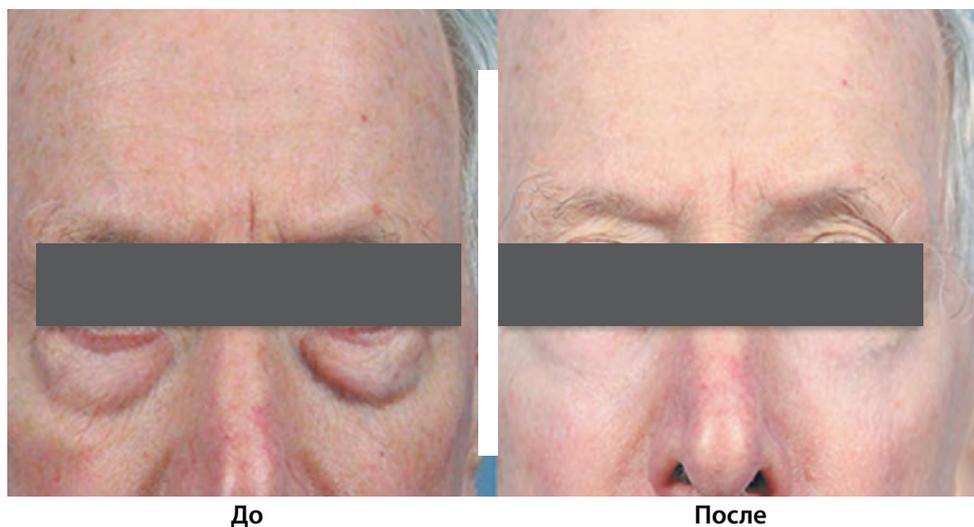


Рис. 10. Клинические результаты комбинированной блефаропластики с применением FaceTite и Fractora

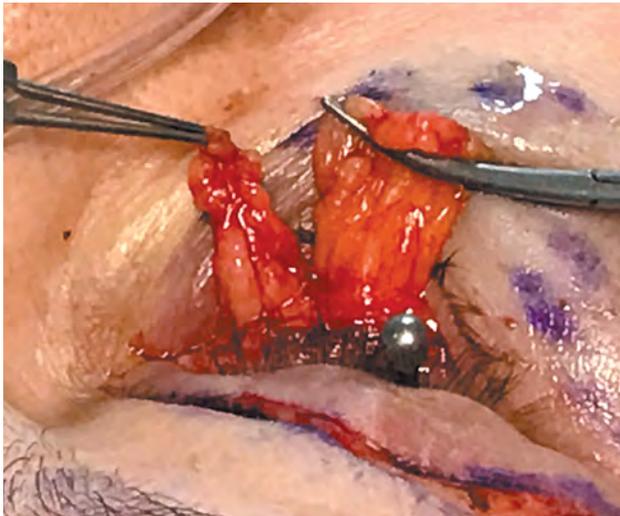


Рис. 11. Трансконъюнктивальная блефаропластика: медиальные и центральные жировые мешки мобилизованы через трансконъюнктивальный подход

ТКБ С ПЕРЕМЕЩЕНИЕМ ЖИРОВОЙ ТКАНИ, ИССЕЧЕНИЕМ КОЖИ С ПРОВЕДЕНИЕМ ОБРАБОТКИ FACETITE И FRACTORA

Нередко бывает, что пациент, желающий осуществить коррекцию нижнего века, обладает сочетанием жировых мешков нижнего века, глубокой глазницы с отрицательным вектором, глубоких носо-яремных и глазнично-скуловых борозд и горизонтальной дряблости нижнего века. Иссечение выраженных жировых отложений у этих пациентов с дефицитом объема верхней средней части лица может привести к непривлекательному и нездоровому выделению нижнего века. У данной категории пациентов жировые мешки могут быть мобилизованы через трансконъюнктивальный подход и перенесены в верхнюю часть лица с дефицитом объема, где они действуют как васкуляризированные жировые трансплантаты (рис. 11–13).

По аналогии с ТКБ нижнего века может быть выполнена ТКБ верхнего века в комбинации с неэксцизионной блефаропластикой FaceTite и Fractora.

Заключение

Малоинвазивная RF-липокоагуляция и ремоделирование дермы посредством насадок FaceTite и Fractora позволяют достичь выраженного сокращения



Рис. 12. Фиксация перенесенного медиального и центрального жировых мешков поверх Бактиграс. Поднятие щипкового лоскута кожи, коагуляция и уплотнение нижнего века и кожи верхнечелюстной области посредством FaceTite



Рис. 13. Обработка наконечниками Fractora (с 24 микроиглами с покрытием и/или с 60 микроиглами) выполняется после FaceTite и щипкового иссечения (с кантопексией или без нее)

мягких тканей и уплотнения кожи, не прибегая к хирургическим манипуляциям, благодаря чему пациент не сталкивается с характерными для эксцизионного лифтинга послеоперационными осложнениями в виде рубцов, выраженных экхимозов и отека, обуславливающих необходимость в продолжительном реабилитационном периоде и ограничении социальной активности. Высокотехнологичные средства обеспечения безопасности минимизируют вероятность ожогов и термического повреждения лицевых нервов. Комбинированное применение FaceTite и Fractora с хирургическим и нитевым лифтингом позволяет добиться более выраженных и долговременных результатов.

Литература

1. **Mulholland R.S.** Radiofrequency energy for non-invasive and minimally invasive skin tightening. *Clin Plast Surg* 2011; 38: 437–448.
2. **Mulholland R.S.** An in-depth examination of radiofrequency assisted liposuction (RFAL). *J Cosmet Surg Med* 2009; 4: 14–18.
3. **Paul M., Blugerman G., Kreindel M., Mulholland R.S.** Three-dimensional radiofrequency tissue tightening: a proposed mechanism and applications for body contouring. *Aesthetic Plast Surg* 2010; 35(1): 87–95.
4. **Ahn D.H., Mulholland R.S., Duncan D.I., Paul M.D.** Non-excisional face and neck tightening using a novel subdermal radiofrequency thermo-coagulative device. *J Cosmet Dermatol Sci Appl* 2011; 1: 8845–8851,
5. **Mulholland R.S., Ahn D.H., Kreindel M., Paul M.** Fractional radiofrequency resurfacing in Asian and Caucasian skin: A novel method for deep radiofrequency fractional skin resurfacing. *J Cosmet Dermatol Sci Appl* 2012; 2: 144–150.

Дункан Д.

«Мегасессии»: оценка эффективности более редких и более длительных сеансов RF-липолиза при неинвазивной коррекции фигуры

МОЖНО ЛИ СОКРАТИТЬ КОЛИЧЕСТВО ПРОЦЕДУР RF-ЛИПОЛИЗА БЕЗ УЩЕРБА ДЛЯ РЕЗУЛЬТАТА? ДОКТОР ИЗ США ПРЕДЛАГАЕТ НОВЫЙ ПРОТОКОЛ КОРРЕКЦИИ ЛОКАЛЬНЫХ ЖИРОВЫХ ОТЛОЖЕНИЙ

В ходе исследования изучена возможность замены восьми еженедельных сеансов RF-липолиза для неинвазивной коррекции фигуры на 2–3 «мегасессии» большей продолжительности. Использовали биполярное устройство BodyFX производства компании InMode. В ходе 2-часовых сеансов применяли различные наконечники для обеспечения многоуровневого RF-воздействия на жировую ткань. Объемный анализ и оценка фотографий пациентов показали сходные результаты экспериментального и традиционного протоколов. Хотя количество наблюдений не было статистически значимым, полученные данные достаточно убедительны для обоснования необходимости дальнейших исследований.

Ключевые слова: контурная пластика тела, аппаратная коррекция фигуры, BodyFX InMode

Дункан Диана

Доктор медицины, член Американской коллегии хирургов, Форт-Коллинз, Колорадо, США

©2017 Duncan D. Megasessions: efficacy of fewer, longer treatment sessions for fat reduction in noninvasive body contouring using a radiofrequency based device. J Drugs Dermatol 2017; 16(5): 478 – 480. Перевод и публикация – в соответствии с лицензией Creative Commons Attribution License.

По статистическим данным Американского общества эстетической пластической хирургии (ASAPS), липосакция продолжает оставаться самой популярной эстетической хирургической процедурой в США [1]. Вместе с тем стремительно развивается направление нехирургического удаления жира [2, 3]. Для оптимизации результатов в настоящее время устройства, которые первоначально были предназначены для однократной процедуры, используются в режиме многократного воздействия [4–6].

Выбирая наилучший вариант нехирургического удаления жира и контурной пластики тела, пациенты учитывают: стоимость, потраченное время, клиническую эффективность, а также количество процедур и их продолжительность [6]. На рынке с высоким потребительским спросом важно учитывать безопасность и клиническую эффективность предлагаемых методов эстетической коррекции, а также удовлетворенность пациентов.

Чтобы добиться более эффективного расщепления подкожного жира за меньшее количество сеансов лечения, важно учитывать физику процесса и механизм действия высокочастотного тока на жировую ткань. В биполярных RF-устройствах фокусная глубина нагрева и действия высоковольтных импульсов (high voltage pulses,

HVP) определяется расстоянием между двумя электродами на рабочем наконечнике [7]. С учетом этого фактора глубина проникновения энергии в жировой слой может быть рассчитана для RF-наконечников всех размеров. Это важно, поскольку многие неинвазивные устройства фокусируют энергию на одной и той же глубине обработки [8, 9], и во время повторных процедур, по сути, обрабатывается одна и та же область.

Изменяя глубину воздействия в зоне лечения, за один сеанс можно эффективно обработать больший объем ткани, чем при фокусировке на одном уровне.

Цель данного экспериментального исследования — проверка гипотезы, заключающейся в том, что при увеличении длительности процедуры в сочетании с таргетным воздействием на жировую ткань на разных уровнях можно достичь таких же результатов, как при стандартном режиме.

Материалы и методы

В исследование были включены 8 женщин в возрасте от 35 до 63 лет.

Критерии включения в исследование:

- периаумбиликальное (околопупочное) абдоминальное ожирение;
- индекс массы тела (ИМТ) не больше 30.

Критерии исключения из исследования:

- беременность;
- период лактации.

Всех пациенток **взвешивали** в определенные моменты времени. Для объективного контроля изменений веса масштаб шкалы весов не превышал 5 фунтов (≈ 2 кг).

Снимки 2D и 3D Vectra были сделаны до лечения, а также через 1 и 3 мес после прекращения лечения. Снимки 3D Vectra выполняли под контролем положения тела и частоты дыхания.

Окружность живота измеряли начиная с нулевой точки (уровень пупка) и далее с 20-миллиметровыми интервалами выше и ниже пупка (**рис. 1**). Рассчитывали начальный объем 20-миллиметровых цилиндрических сегментов, затем изменения объема оценивали в определенные моменты времени.

Для лечения периаумбиликального (околопупочного) абдоминального ожирения у пациентов мы применяли устройство BodyFX производства компании InMode. Это устройство выполняет вакуумное всасывание участка кожи и мягких тканей в области обработки, обеспечивает их нагревание и воздействие HVP. В результате RF-нагрева и действия HVP происходит необратимая электропорация мембран адипоцитов, приводящая к апоптозу этих клеток [10].

Стандартный протокол лечения с помощью BodyFX, использовавшийся ранее, включал:

- 1) восемь еженедельных сеансов продолжительностью по 40 мин;
- 2) использование наконечника только для жирового слоя среднего уровня в периаумбиликальной области живота.

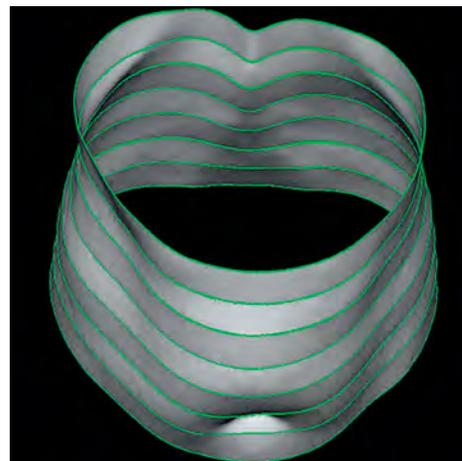


Рис. 1. 3D модель Vectra для расчета параметров окружности и объема живота

Предложенный протокол лечения с помощью BodyFX предусматривал:

- 1) две или три мегасесии с интервалом 3–4 нед;
- 2) использование трех разных наконечников, предназначенных для воздействия на разных уровнях:
 - поверхностный жир;
 - жир на среднем уровне;
 - глубокий надфасциальный жир;
- 3) воздействие на ткани в периаумбиликальной области живота каждым наконечником по 40 мин.

За исключением этих изменений, использовали стандартный протокол лечения.

Периаумбиликальная область живота была разделена на 4 сектора 10×15 см.

Последовательно использовали:

- для глубоко уровня — наконечник DeepFX;
- для среднего уровня — наконечник BodyFX;
- для поверхностного уровня — наконечник MinFX.

Каждый сектор нагревали в течение 10 мин с максимальной температурой 43°C, применяя метод «штамповки» и 50% перекрытие при каждом шаге. Длительность курса лечения составляла 3–4 нед. После лечения специальный уход не требовался.

Результаты

Все пациенты согласились с тем, что было достигнуто заметное снижение количества жира в области живота. Последовательные 2D- и 3D-снимки Vectra подтвердили эту оценку. Как и в предыдущих исследованиях [11, 12], клинически выявленная разница проявилась не ранее чем через 1 мес после заключительного сеанса лечения. Это коррелирует с изменениями, наблюдаемыми при сканирующей электронной микроскопии биоптатов, которую выполняли непосредственно после лечения, через 1 мес и через 3 мес после лечения (**рис. 2**).

После процедур не было нежелательных явлений, таких как гематомы, отеки или геморрагии. Также не было осложнений, связанных с ожогом, инфекционным поражением или абразией кожи.

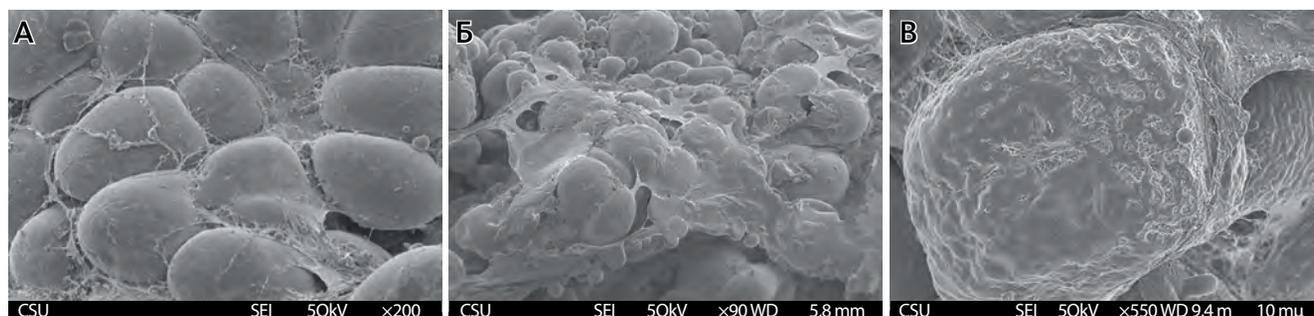


Рис. 2. Изображение биоптата жировой ткани, полученное при сканирующей электронной микроскопии. Адипоциты, окруженные коллагеном межклеточного матрикса, в области воздействия до лечения ×200 (А), через 1 мес ×90 (Б) и через 3 мес после трех мегасесий ×550 (В)

Дополнительная оценка полученных с помощью Vectra показателей у двух пациенток была выполнена независимым специалистом компании Canfield.

Пациентка А., 46 лет, получила 2 мегасесии, которые проводились с интервалом 4 нед. Интересно, что ее данные Vectra показали небольшое увеличение объема через 1 мес после лечения, несмотря на отсутствии увеличения веса. Через 3 мес ее показатели объема уменьшились на 535 см^3 по сравнению с исходным значением.

Пациентка В., 50 лет, получила 3 мегасесии с интервалом 4 нед. Устойчивое снижение показателей объема отмечено в трех временных точках. Потеря объема за 3 мес составила 412 см^3 .

В ранее проведенном проспективном исследовании 20 пациентов получили 8 еженедельных сеансов лечения, во время которых применялся наконечник для воздействия на одном уровне жирового слоя, средний объемный сброс жира составлял 428 см^3 в течение 3 мес после лечения.

Сравнение результатов коррекций, выполненных по стандартному и предложенному протоколам, представлено ниже.

На **рис. 3** показаны результаты коррекции, выполненной *пациентке 1* с помощью устройства BodyFX по стандартному протоколу (8 сессий).

На **рис. 4** — результаты коррекции у *пациентки 2* через 1 мес после мегасесии.

На **рис. 5** представлены результаты трех мегасесий у *пациентки 3*.

Обсуждение

Современные тенденции в развитии неинвазивных процедур для редукции жира включают:

- сокращение сроков лечения;
- более низкую стоимость лечения;
- более широкий спектр видов воздействия, чем 3 года назад [13, 14].

Наряду с многочисленными сообщениями об определенной результативности этих методов имеется информация о снижении эффективности при повторных обработках одной и той же области у одного и того же пациента [15, 16]. Логично предположить, что при использовании источников тепловой энергии для уменьшения количества жира лучших результатов можно достичь, увеличивая время обработки тканей.

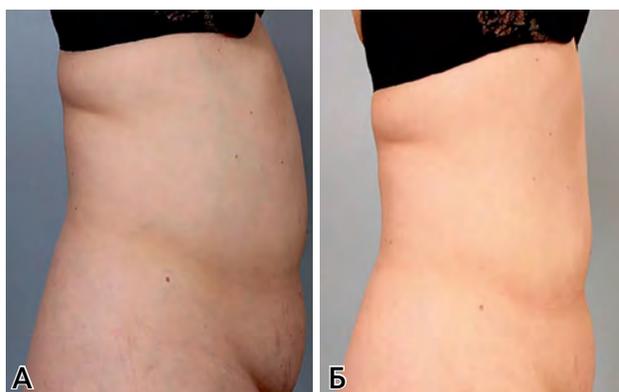


Рис. 3. Пациентка 1. Перед коррекцией (А), через 3 мес после 8 сессий коррекции традиционным методом (Б)



Рис. 4. Пациентка 2, 42 года. До коррекции (А) и через 1 мес после мегасесии (Б)

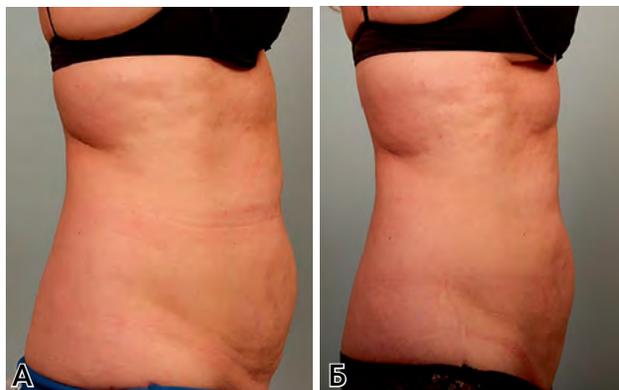


Рис. 5. Пациентка 3. До коррекции (А), после трех мегасесий (Б)

В нашем исследовании мы предположили, что **при меньшем количестве обработок, но при воздействии на несколько уровней жирового слоя** выраженность изменений зависит от **времени воздействия на ткани**.

Через 1–3 мес после воздействия происходит образование коллагена, физически защищающего оставшийся жир от последующего проникновения RF-энергии. При проведении двух длительных сеансов в течение 3–4 нед (до пика выработки коллагена) большее количество жира доступно для тепловой энергии.

Устройства, такие как Ultrashape, основанные на ультразвуковой кавитации, обрабатывают слой жировой ткани на глубине 1,5 см [17]. Макроскопические анатомические снимки реакции тканей показывают потерю фокального жира с образованием рубцов на уровне проведения процедуры. Во время второй процедуры, также на глубине 1,5 см, повторно обрабатывается одна и та же область, при этом воздействие оказывается, главным образом, на рубцовую ткань, а не на жир. Хотя изменения толщины жира, определяемые с помощью ультразвукового исследования, наблюдаются после применения различных неинвазивных методов для удаления жира, утвержденных FDA [18, 19], результаты изменений широко варьируют [20].

С целью оптимизации результата и минимизации количества сеансов необходимо обрабатывать всю толщину жирового слоя.

Ограничения данного исследования:

- небольшое количество пациентов;
- относительно короткая продолжительность наблюдения, составившая 3 мес;
- измерение только объемных изменений у пациентов на основе снимков Vectra.

Несмотря на эти ограничения, предварительные и поспроцедурные данные, а также снимки Vectra являются убедительными.

Заключение

Изменение протокола лечения, в частности переход от восьми еженедельных сеансов к двум или трем мегасессиям, является перспективным для более эффективного и удобного нехирургического удаления абдоминального жира с использованием биполярного RF-устройства BodyFX. В стандартном протоколе предполагалось использование одноуровневого наконечника в течение всей 40-минутной процедуры обработки жировой ткани. В предложенном протоколе предусмотрена обработка трех уровней жировой ткани: глубокого, среднего и поверхностного, причем каждого — по 40 мин. Вместо того чтобы ориентироваться только на один уровень глубины жировой ткани, мы достигли многоуровневого воздействия.

Сравнение стандартизированных предварительных и постпроцедурных снимков 3D Vectra и данных объемного анализа позволило предположить, что

эффективность двух-трех мегасессий может приводить к объемной потере жира более 400 см³ в течение 3 мес после лечения.

Мы рекомендуем проспективное исследование с большей группой пациентов, более длительным периодом наблюдения и независимым измерением объемных параметров и поверхностных контуров всех пациентов для того, чтобы получить и проанализировать статистически значимые данные.

ПУБЛИКУЕМЫЕ СВЕДЕНИЯ

Устройство InMode было предоставлено автору с целью проведения исследования. Доктор Д. Дункан является консультантом InMode.

Официальный дистри-
бьютор компании Invasix
Ltd на территории РФ —
ООО «КИТ МЕД».
www.invasive.ru

Литература

1. American Society of Aesthetic Plastic Surgery. Quick facts: 2015 ASAPS Statistics. Available at: surgery.org/media/statistics. Accessed August 3, 2016.
2. **Frentzen J.** Global aesthetic medicine VIII: the global aesthetic market study. Medical Insight Inc; Available at: ellman.com/PDF/Aesthetic. Accessed August 21, 2016.
3. Non-Invasive Body Contouring Procedures Rising in Popularity. Available at: plasticsurgeryguide.com. Accessed August 3, 2016.
4. **Krueger N., Mai S.V., Luebberding S., Sadick N.S.** Non-Invasive Body Contouring Procedures Rising in Popularity. Available at: plasticsurgeryguide.com. Accessed August 3, 2016.
5. **Mulholland R.S., Paul M.D., Chalfoun C.** Noninvasive body contouring with radiofrequency, ultrasound, cryolipolysis, and low-level laser therapy. *Clin Plast Surg* 2011; 38(3): 503–520, vii-iii.
6. **Kronmeyer B.** Strong growth predicted for body contouring market. Available at: cosmeticsurgerytimes.modernmedicine.com. Accessed July 30, 2016.
7. **Elsaie M.L., Choudhary S., Leiva A., Nouri K.** Nonablative radiofrequency for skin rejuvenation. *Dermatol Surg* 2010; 36: 577–589.
8. **Jewell M.L., Solish N.J., Desilets C.S.** Noninvasive body sculpting technologies with an emphasis on high-intensity focused ultrasound. *Aesthetic Plast Surg* 2011; 35(5): 901–912.
9. **Stevens W.G., Bachelor E.P.** Cryolipolysis conformable-surface applicator for nonsurgical fat reduction in lateral thighs. *Aesthet Surg J* 2015; 35(1): 66–71.
10. **Duncan D.I.** Pyroptosis of fat. *Body Language* 2015; 15: 54–58.
11. **Duncan D.I., Kim T.H., Tema R.** A prospective study analyzing the application of radiofrequency energy and high-voltage, ultrashort pulse duration electrical fields on the quantitative reduction of adipose tissue. *J Cosmet Laser Ther* 2016; 18(5): 257–267.
12. **Duncan D.I., Kim T.H., Tema R.** Quantification of adipose volume reduction with a prospective study analyzing the application of external radiofrequency energy and high voltage ultrashort pulse duration electrical fields. *J Cosmet Laser Ther* 2016; 18(6): 323–329.
13. **Christiani P.** Tighten up. *Essence* 2016; 46: 12.
14. Press release: Cynosure Receives FDA 510(k) Clearance for SculpSure™, the World's First Hyperthermic Laser Treatment for Non-Invasive Fat Reduction. Available at: prime-journal.com. Accessed August 17, 2016.

15. **Chan H.H.** Cryolipolysis in Asian patients. ASLMS annual meeting, Boston, April 2013.
16. **Ingargiola M.J., Motakef S., Chung M.T., Vasconez H.C., Sasaki G.H.** Cryolipolysis for fat reduction and body contouring: safety and efficacy of current treatment paradigms. *Plast Reconstr Surg* 2015; 135(6): 1581–1590.
17. **Ascher B.** Safety and efficacy of UltraShape Contour I treatments to improve the appearance of body contours: multiple treatments in shorter intervals. *Aesthet Surg J* 2010; 30(2): 217–224.
18. **Park J.H., Kim J.I., Park H.J., Kim W.S.** Evaluation of safety and efficacy of non-invasive radiofrequency technology for submental rejuvenation. *Lasers Med Sci* 2016 Jul 12. (Epub ahead of print).
19. **Nassar A.H., Dorizas A.S., Shafai A., Sadick N.S.** A randomized, controlled clinical study to investigate the safety and efficacy of acoustic wave therapy in body contouring. *Dermatol Surg* 2015; 41(3): 366–370.
20. **Afrooz P.N., Pozner J.N., DiBernardo B.E.** Noninvasive and minimally invasive techniques in body contouring. *Clin Plast Surg* 2014; 41 (4): 789–804.

Кац Б.

Фракционная RF-терапия акне и постакне: результаты проспективного клинического исследования

Акне — распространенное кожное заболевание, которое может приводить к образованию рубцов постакне. Для лечения акне в активной форме и коррекции постакне применяются методы передачи фракционной радиочастотной энергии (RF) через миниатюрные иглы. Восстановление кожи посредством ремоделирования дермы, неоколлагеногенеза, неоэластогенеза и эпидермального омоложения — характерные результаты такого воздействия. В данной статье представлены результаты исследования с участием 15 пациентов с акне, которым провели 3 сеанса терапии на лице с интервалом 3–4 нед на аппарате для фракционной RF-терапии с насадкой из 24 микроигл длиной 2500 мкм. Безопасность и эффективность лечения оценивали через 6 мес после проведения последней процедуры терапии. Фотографии результатов терапии акне, постакне и улучшения общего состояния кожи, а также распределение баллов оценочной шкалы продемонстрировали положительную динамику заболевания при контрольных визитах по сравнению с исходным уровнем. Значимых или неожиданных нежелательных событий зафиксировано не было.

Ключевые слова: акне, постакне, микроигльчатая RF-терапия

Введение

Лечение акне в активной стадии — лучший способ предотвращения формирования рубцов постакне. Для уменьшения рубцевания пробовали различные методы терапии, например химический пилинг, дермабразию и введение филлеров, однако полученные клинические результаты нельзя считать оптимальными. В литературе имеются сообщения о применении различных типов лазеров, их эффективности и преимуществах в терапии акне, а также ограничениях применения [1–3].

В последнее время были представлены новые методы, основанные на фракционном воздействии на кожу, — при их применении на коже остаются интактные участки, благодаря которым процесс заживления проходит легче и быстрее. Так, было клинически доказано, что микроигльчатая фракционная RF-терапия приводит к эффективному омоложению кожи при высоких показателях безопасности [4–7]: улучшение состояния кожи, например, за счет уменьшения глубины морщин, дряблости кожи и проявлений постакне достигается посред-

Кац Брюс

MD. Центр кожных проблем и лазеротерапии JUVA (JUVA Skin & Laser Center), Нью-Йорк, США

ством ремоделирования дермы, неколлагеногенеза и неоэластогенеза с контролируемым обновлением эпидермиса [7].

Целью настоящего исследования была оценка аппарата для фракционной RF-терапии для одновременного лечения активного акне и постакне, а также улучшения общего состояния кожи.

Методы

После утверждения экспертного совета (Institutional Review Board) в нашей клинике было проведено проспективное открытое одноцентровое клиническое исследование. Его целью была оценка безопасности и эффективности насадки для фракционной RF-терапии (Fractora, InMode Ltd., Израиль) в ходе терапии акне и постакне.

Для исследования было отобрано 15 пациентов (13 женщин и двое мужчин), средний возраст которых составил 27,9 лет (13–53 года), с фототипами кожи II–VI по Фицпатрику, имеющих активные высыпания акне и рубцы постакне. До включения в исследование участники подписали информированное согласие. Сведения по анамнезу, анкетные данные и фото состояния кожи до начала терапии были собраны во время скринингового визита.

Критериями исключения были наличие у пациента кардиостимулятора или внутреннего дефибриллятора, а также других имплантируемых металлических или электронных устройств или силиконовых имплантов в области воздействия, наличие онкологического заболевания, предраковых состояний, сердечных заболеваний и любых тяжелых сопутствующих патологий, беременности или периода лактации, нарушений иммунной системы на момент осмотра или в анамнезе, заболеваний, обострение которых провоцируется воздействием тепловой энергии, неконтролируемого сахарного диабета, активных процессов на коже в зоне воздействия, кожных заболеваний на момент осмотра или в анамнезе, проведение любой терапии или хирургических вмешательств на лице за 3 мес до начала лечения, применение любых методов терапии или нанесение местных препаратов, которые могут препятствовать использованию исследуемого устройства, или другие отклонения в состоянии здоровья, выявленные врачом-исследователем.

Пациентам провели по 3 процедуры на лице с перерывом 3–4 нед (в соответствии с индивидуальным состоянием кожи и решением врача) при использовании насадки

Fractora для RF-терапии (InMode Ltd., Израиль). Наконечник, контактирующий с кожей, имеет 24 игольчатых электрода длиной 2500 мкм каждый (рис. 1), с изоляционным покрытием протяженностью 2000 мкм или без него. Наконечник с изолированными иглами применяли по усмотрению врача для темных типов кожи. Безопасность и эффективность терапии оценивали во время трех контрольных визитов, через 1, 3 и 6 мес после последней проведенной процедуры.

Лечение осуществляли в соответствии с инструкцией, представленной в Руководстве по эксплуатации прибора. Тестовое пятно проводили на незаметном участке зоны



Рис. 1. Насадка Fractora с 24 иглами

воздействия перед началом каждого сеанса. На необходимый период времени применяли местную анестезию, а затем зону воздействия очищали и подсушивали. Уровень фракционной RF-энергии варьировали от 15 до 38, начиная с низких значений и постепенно повышая по ходу выполнения протокола лечения. Более низкие параметры применяли для чувствительной кожи или на участках в проекции костей, а также на более темных типах кожи. На каждом участке воздействия выполняли одну или две серии проколов, а всего в зоне воздействия выполняли 1–2 прохода. Параметры терапии регулировали в соответствии с индивидуальным состоянием кожи, реакцией кожи и переносимостью процедуры.

Безопасность оценивали после каждой процедуры и во время контрольных визитов. Фотографии анфас и при повороте головы на 45° в левую и правую стороны были выполнены при стандартных условиях до и после каждой процедуры, а также в контрольных точках периода последующего наблюдения. Целью данного сравнения была оценка динамики акне в активной форме, рубцов постакне и общего состояния кожи.

Классификация постакне проводилась по 5-балльной шкале:

- Постакне нет (0) = норма
- Следы постакне (1) = едва различимы
- Легкой степени (2) = поверхностные рубцы
- Средней степени (3) = рубцы средней глубины
- Тяжелой степени (4) = глубокие рубцы

Классификация акне в активной форме проводилась по 5-балльной шкале:

- Нет акне (0) = норма
- Следы акне (1) = высыпания обнаруживаются и локализуются с трудом
- Легкой степени (2) = высыпания в некоторой степени различимы, расположены редко
- Средней степени (3) = высыпания различимы, расположены редко
- Тяжелой степени (4) = высыпания очень заметны, расположены густо

Улучшения общего состояния кожи оценивали по 5-балльной шкале:

- Отсутствуют (0) = без изменений
- Легкие (1) = незначительные изменения
- Умеренные (2) = умеренные изменения
- Удовлетворительные (3) = значительные изменения
- Выраженные (4) = существенные изменения

Результаты

12 пациентов полностью завершили исследование, явившись на все контрольные визиты в течение 6 мес. Один пациент вышел из-под наблюдения после 1-го сеанса терапии, а 2 пациента явились на визит через 1 или 3 мес после проведения терапии, но не явились через 6 мес.

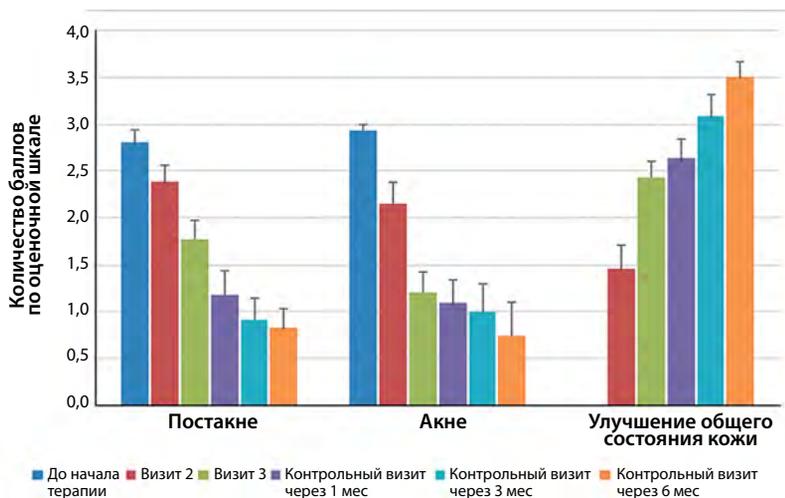


Рис. 2. На гистограмме представлены изменения количества баллов при оценке выраженности постакне, акне в активной форме и общего состояния кожи по мере выполнения протокола лечения через 1, 3 и 6 мес наблюдения по сравнению с исходным состоянием

При проведении оценки рубцов постакне, акне в активной форме и общего состояния кожи с каждым последующим визитом было продемонстрировано постепенное улучшение по сравнению с исходным состоянием.

Количество баллов при оценке выраженности рубцов постакне снизилось со среднего значения 2,80 до 0,80, акне в активной форме — с 2,93 до 0,75, а общее состояние кожи улучшилось с 1,45 балла после одной процедуры до 3,50 балла через 6 мес после проведения лечения. На **рис. 2** показано снижение количества баллов при оценке состояния кожи во время контрольных визитов субъектов по сравнению с исходным состоянием.

На рис. 3–6 показаны фотографии пациентов, демонстрирующие состояние кожи через 6 мес после завершения лечения по сравнению с исходным состоянием. После проведения фракционной RF-терапии на фотографиях и при распределении баллов оценочной шкалы заметно клиническое улучшение течения акне, постакне и общего состояния кожи.

При оценке безопасности терапии с насадкой Fractora после каждой процедуры и на контрольных визитах был отмечен высокий уровень безопасности при отсутствии непредвиденных или значимых нежелательных явлений. Кожные реакции в виде эритемы и отека от легкой до умеренной степени выраженности, точечные кровотечения и обострение акне были транзиторными и разрешались самостоятельно без каких-либо вмешательств.

Обсуждение

Применение фракционной RF-терапии хорошо зарекомендовало себя в качестве безопасного и эффективного метода ремоделирования кожи, разглаживания морщин и омоложения [8–12]. Различные изменения кожи, например морщины, расширенные поры, обвисание и дряблость кожи лица, шеи и зоны декольте успешно поддаются коррекции, что приводит к постепенному обновлению кожи при минимальном периоде восстановления. Принцип фракционной терапии заключается в создании микроскопических зон термической абляции и коагуляции в дермальном слое кожи. Зоны, не подвергшиеся абляции в неповрежденных окружающих тканях, служат резервуаром клеток, которые ускоряют и поддерживают быстрое заживление повреждений.

В ходе клинических исследований было продемонстрировано, что постакне является еще одной важной кожной патологией, проявления которой значительно уменьшались после проведения фракционной RF-терапии [13–17].



Оцениваемый параметр	До лечения	Через 6 мес после проведения терапии
Постакне	2 = легкой степени	1 = следы постакне
Акне	3 = средней степени	0 = акне нет
Улучшение общего состояния кожи	-	4 = выраженное

Рис. 3. Фотографии результатов терапии акне и распределение баллов оценочной шкалы 31-летней пациентки, тип кожи IV по Фицпатрику, до лечения (слева) и через 6 мес после проведения трех процедур аппликатором с 24 неизолрованными иглами (справа)



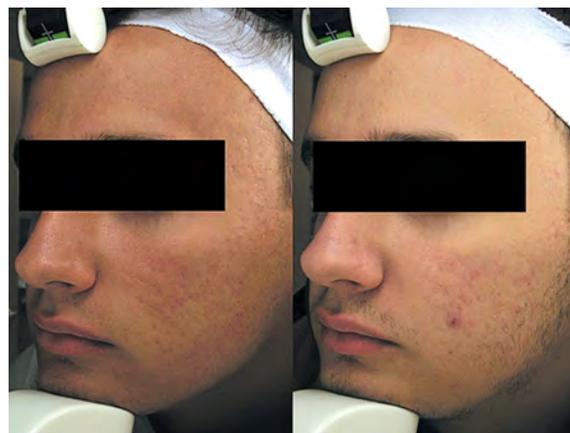
Оцениваемый параметр	До лечения	Через 6 мес после проведения терапии
Постакне	3 = средней степени	0 = постакне нет
Акне	3 = средней степени	0 = акне нет
Улучшение общего состояния кожи	-	4 = выраженное

Рис. 4. Фотографии результатов терапии акне и распределение баллов оценочной шкалы 41-летней пациентки, тип кожи IV по Фицпатрику, до лечения (слева) и через 6 мес после проведения трех процедур аппликатором с 24 изолированными иглами (справа)



Оцениваемый параметр	До лечения	Через 6 мес после проведения терапии
Постакне	2 = легкой степени	0 = постакне нет
Акне	3 = средней степени	2 = легкой степени
Улучшение общего состояния кожи	–	3 = удовлетворительное

Рис. 5. Фотографии результатов терапии акне и распределение баллов оценочной шкалы 25-летней пациентки, тип кожи III по Фицпатрику, до лечения (слева) и через 6 мес после проведения трех процедур аппликатором с 24 неизолированными иглами (справа)



Оцениваемый параметр	До лечения	Через 6 мес после проведения терапии
Постакне	4 = тяжелой степени	1 = следы постакне
Акне	3 = средней степени	2 = легкой степени
Улучшение общего состояния кожи	–	4 = выраженное

Рис. 6. Фотографии результатов терапии акне и распределение баллов оценочной шкалы 18-летнего пациента, тип кожи II по Фицпатрику, до лечения (слева) и через 6 мес после проведения трех процедур аппликатором с 24 неизолированными иглами (справа)

24-игольные наконечники аппликатора для фракционной RF-терапии предназначены для фракционной передачи радиочастотной энергии на поверхность кожи. Энергия передается в кожу через 24 биполярные изолированные или неизолированные иглы, что приводит к локальному нагреванию и абляции кожи, находящейся в непосредственном контакте с иглами. Абляция и последующая коагуляция кожи после воздействия способствуют ее обновлению, в то время как интактная кожа между иглами обеспечивает более быстрое заживление тканей. Существует субнекротический, неабляционный, некоагуляционный нагрев матрикса дермы, способствующий объемному расширению дермы, а также регенерации волокон, что приводит к клинически заметной контракции кожи. Система InMode с аппликатором Fractora с 24-контактным наконечником одобрена FDA (K151273).

В ранее опубликованных статьях об этих способах лечения были представлены клинические, гистологические и отдаленные результаты одновременного лечения акне и связанных с ним рубцов [18–21]. Пациентам проводили терапию насадками с 24 иглами, причем с целью обеспечения дополнительной защиты эпидермиса для темных типов кожи применяли наконечники с изолирующим покрытием для достижения более высокого уровня безопасности [21].

За результатами наблюдали в течение трех лет, и по клиническим и гистологическим данным было продемонстрировано значимое преимущество одновременной терапии постакне и акне [19, 20]. Преимуществом являлись минимальная инвазивность процедуры, относительно короткий период восстановления и безопасность.

Данное исследование в свою очередь демонстрирует постепенное улучшение состояния акне и постакне при одновременном воздействии на них 24-игольным аппликатором Fractora. Пациентам проводили процедуру покрытыми или непокрытыми иглами в зависимости от их типа кожи по Фицпатрику. После проведения трех процедур пациентов наблюдали в течение 6 мес. Данный метод терапии оказался безопасным, значимых или неожиданных нежелательных событий не возникло. По среднему количеству баллов оценочной шкалы был продемонстрирован очевидный пример улучшения состояния акне, постакне и общего состояния кожи. Улучшение было постепенным, поскольку регенерация коллагена и эластина и, как следствие, обновление кожи, — процесс, который требует времени.

В заключение можно сказать, что результаты данного исследования еще раз подтверждают безопасность и эффективность фракционной технологии передачи RF-энергии при одновременной терапии акне и постакне.

Литература

1. **Goodman G.J.** Treatment of acne scarring. *Int J Dermatol* 2011; 50: 1179–1194.
2. **Kutlubay Z., Gokdemir G.** Treatment of atrophic facial acne scars with the Er:YAG laser: a Turkish experience. *J Cosmet Laser Ther* 2010; 12: 65–72.
3. **Manuskiatti W., Triwongwaranat D., Varothai S., et al.** Efficacy and safety of a carbon-dioxide ablative fractional resurfacing device for treatment of atrophic acne scars in Asians. *J Am Acad Dermatol* 2010; 63:274–283.

4. **Taub A.F., Garretson C.B.** Treatment of acne scars of Skin Types II to V by sublative fractional bipolar radiofrequency and bipolar radiofrequency combined with diode laser. *J Cosmet Dermatol* 2011; 4: 18–27.
5. **Hruza G., Forman T.A., Collier S.L., Mulholland S.R.** Skin rejuvenation and wrinkle reduction using a fractional radiofrequency system. *J Drugs Dermatol* 2009; 8(3): 259–265.
6. **Elman M., Harth Y.** Novel multi-source phase-controlled radiofrequency technology for non-ablative and micro-ablative treatment of wrinkles lax skin and acne scars. *Laser Ther* 2011; 20: 139–144.
7. **Mulholland R.S., Ahn D.H., Kreindel M., Paul M.** Fractional ablative radio-frequency resurfacing in asian and caucasian skin: a novel method for deep radiofrequency fractional skin rejuvenation. *J Cosmet Dermatol Sci App* 2012; 2: 144–150.
8. **Dahan S., Rousseaux I., Cartier H.** Multisource radiofrequency for fractional skin resurfacing-significant reduction of wrinkles. *J Cosmet Laser Ther* 2013; 15(2): 91–97.
9. **Gold M., Taylor M., Rothaus K., Tanaka Y.** Non-insulated smooth motion, micro-needles RF fractional treatment for wrinkle reduction and lifting of the lower face: International study. *Lasers Surg Med* 2016; 48(8): 727–733.
10. **Tanaka Y.** Long-term nasal and peri-oral tightening by a single fractional noninsulated microneedle radiofrequency treatment. *J Clin Aesthet Dermatol* 2017; 10(2): 45–51.
11. **Kaplan H., Kaplan L.** Combination of microneedle radiofrequency (RF), fractional RF skin resurfacing and multi-source non-ablative skin tightening for minimal downtime full face skin rejuvenation. *J Cosmet Laser Ther* 2016; 18(8): 438–441.
12. **Lyons A., Roy J., Herrmann J., Chipps L.** Treatment of décolletage photoaging with fractional microneedling radiofrequency. *J Drugs Dermatol* 2018; 17(1): 74–76.
13. **Elman M., et al.** Effective treatment of atrophic and icepick acne scars using deep non-ablative radiofrequency and multisource fractional RF skin resurfacing. *J Cosmet Dermatol* 2012; 2: 267–272.
14. **Harth Y., Elman M., Ackerman E., Frank I.** Depressed acne scars — effective, minimal downtime treatment with a novel smooth motion non-insulated microneedle radiofrequency technology. *J Cosmet Dermatol* 2014; 4: 212–218.
15. **Elawar A., Dahan S.** Non-insulated fractional microneedle radiofrequency treatment with smooth motor insertion for reduction of depressed acne scars, pore size, and skin texture improvement: a preliminary study. *J Clin Aesthet Dermatol* 2018; 11(8): 41–44.
16. **Chandrashekar B.S., Sriram R., Mysore R., et al.** Evaluation of microneedling fractional radiofrequency device for treatment of acne scars. *J Cutan Aesthet Surg* 2014; 7: 93–97.
17. **Ibrahimi O.A., Weiss R.A., Weiss M.A., Halvorson C.R., et al.** Treatment of acne scars with high intensity focused radio frequency. *J Drugs Dermatol* 2015; 14(9): 1066–1069.
18. **Hellman J.** Retrospective study of the use of a fractional radio frequency ablative device in the treatment of acne vulgaris and related acne scars. *J Cosmet Dermatol Sci App* 2015; 5: 311–316.
19. **Hellman J.** Long term follow-up results of a fractional radio frequency ablative treatment of acne vulgaris and related acne scars. *J Cosmet Dermatol Sci App* 2016; 6: 100–104.
20. **Hellman J., Yao J.** Novel histological evidence of collagen and elastin regeneration in fractional RF-treated acne scars. *J Cosmet Dermatol Sci App* 2019; 9: 155–164.
21. **Battle E.F., Battle S.** Clinical evaluation of safety and efficacy of fractional radiofrequency facial treatment of skin type VI patients. *Drugs Dermatol* 2018; 17(11): 1032–1035.

Сиританабадикул П., Летракулванна В., Суванчинда А.

Новая технология уменьшения продукции себума и коррекции атрофических рубцов постакне

Акне является одним из наиболее распространенных хронических дерматозов. Всего в мире насчитывается около 650 миллионов пациентов с акне [1]. Риск развития заболевания повышается в определенные возрастные периоды и отрицательно влияет на качество жизни [2, 3].

Для акне характерны различные клинические формы. Воспалительная форма акне наиболее часто приводит к формированию стойких рубцов постакне. Как правило тяжелые формы рубцов обусловлены поздним началом терапии [4]. В исследовании Jacob C.I. и соавт. из 2000 пациентов в возрасте от 18 до 70 лет рубцы постакне встречались у 1%, при этом распространенность атрофических рубцов была в три раза выше, чем гипертрофических и келоидных [5].

В настоящее время существует несколько методов коррекции рубцов постакне, в том числе лазерная шлифовка, которая требует длительного восстановительного периода и сопряжена с более высоким риском развития поствоспалительной гиперпигментации [6, 7]. Однако в распоряжении врачей недавно появился альтернативный более безопасный метод коррекции рубцов постакне, не требующий длительного восстановительного периода — фракционная радиочастотная (radiofrequency, RF) микроигльчатая терапия. При фракционном RF-воздействии нарушение целостности эпидермиса минимально, локальные зоны термического повреждения располагаются на уровне ретикулярной дермы [8]. Повреждение ретикулярного слоя запускает процесс неэластогенеза, неоколлагеногенеза и, наконец, ремоделирования и уплотнения дермы [9]. Согласно результатам ряда исследований, биполярное радиочастотное воздействие эффективно снижает интенсивность потоотделения у пациентов с первичным подмышечным гипергидрозом [10, 11].

Аппликаторы для микроигльчатой RF-терапии отличаются по количеству и длине игльчатых электродов. Аппликатор с 24-мя микроиглами имеет более длинные иглы по сравнению с аппликатором с 60-ю микроиглами, следовательно, игльчатые электроды проникает глубже, что позволяет эффективней воздействовать на более глубокие мишени — ретикулярную дерму, потовые и сальные железы.

Настоящее исследование впервые посвящено влиянию микроигльчатой терапии (аппликатор с 24-мя игльчатыми электродами) на секрецию себума и выраженность рубцов постакне. В ходе исследования также были оценены гистологические изменения сальных желез после трех процедур биполярной RF-терапии.

Пуньяфат
Сиританабадикул¹,
Висани Летракулванна¹,
Атчима Суванчинда²

¹ Отделение дерматологии,
Международный медицинский
колледж Чулабхорн,
Университет Таммасат,
Бангкок, Таиланд

² Отделение дерматологии,
медицинский факультет,
больница Раматибоди,
Университет Махидол,
Бангкок, Таиланд

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 29 пациентов больницы Бенчакиитти, которые соответствовали критериям включения:

- возраст старше 18 лет;
- фототипы кожи III–V по Фитцпатрику;
- наличие рубцов постакне легкой и тяжелой степени согласно международной качественной шкале Goodman G.J. и Baron J.A. [12].

Критериями исключения являлись:

- беременность;
- гипертрофические или келоидные рубцы на лице в анамнезе;
- герпетическая инфекция в анамнезе;
- наличие злокачественных новообразований, акне и других хронических дерматозов в фазе обострения, инфекционного дерматита в области предстоящей обработки;
- системный прием противозачаточных средств, спиринолактона или ингибиторов 5 α -редуктазы в течение последнего месяца;
- системный прием ретиноидов в течение последних 6 мес;
- радиочастотное / лазерное выравнивание кожи за 3 мес до исследования.

Протокол исследования был одобрен Комитетом по этике научных исследований университета Таммасат и соответствовал Хельсинкской декларации (2013 г). Письменное информированное согласие было получено от всех пациентов до включения в выборку участников исследования.

ПРОТОКОЛ ПРОЦЕДУРЫ

За 45 минут до исследования на обе щеки наносился топический анестезирующий крем. Для обработки был использован аппликатор Fractora® с насадкой, оснащенной 24-мя игольчатыми электродами длиной 3000 мкм и глубиной абляции 3+ мм. Перед началом каждой процедуры насадка очищалась 70% раствором спирта.

Курс терапии состоял из 3 процедур с интервалом в 1 мес. Оценка результатов производилась через 1 мес (12-я нед) и 3 мес (20-я нед) после завершающей процедуры.

Параметры воздействия: уровень энергии 30–35 мДж / электрод (30 мДж для IV и V фототипов кожи, 35 мДж — для III фототипа кожи). Обе щеки были обработаны в ходе 1–2 проходов. Конечными точками являлись минимальная / выраженная эритема, отек, а также визуально определяемые кратеры абляции. Для уменьшения дискомфорта после процедуры на лицо пациента помещали пакеты со льдом на 10 мин. Затем на лицо наносилась гидрофильная кремовая основа. Пациентам рекомендовалось воздерживаться от мытья лица в течение 24 ч и избегать нанесения макияжа в течение как минимум 1 нед после процедуры.

За 1 нед до начала курса терапии пациентам было запрещено использование топических уходовых средств. Гидрофильная кремовая основа была единственным уходовым средством, которое разрешалось применять на протяжении всего исследования. Другие топические препараты также были

запрещены. В течение курса терапии пациентам было рекомендовано избегать прямых солнечных лучей и пользоваться солнцезащитными средствами.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ

Изменение выраженности рубцов постакне оценивали по клиническим фотографиям, сделанным с помощью 3D-камер Olympus® OMD (Olympus Corporation) и Antera® 3D (Miravex Limited Dublin) при каждом посещении (исходный уровень, 4-я, 8-я, 12-я и 20-я нед) во фронтальной, левой и правой боковых (90/45°) проекциях.

При каждом посещении два врача-дерматолога вслепую оценивали клиническую динамику по фотоснимкам в соответствии со шкалой Echelle d'Evaluation clinique des Cicatrices d'acné (ECCA) и Международной качественной шкалой классификации рубцов постакне Goodman G.J. и Baron J.A.

Кроме того, объем атрофического рубца постакне и средний уровень меланина также оценивались с помощью 3D-камеры Antera® при каждом посещении. Уровень себума измеряли на обеих щеках с помощью себуметра (Cutometer® dual MPA 580, Courage+Khazaka electronic GmbH Cologne). Для очистки кожи использовалось средство Physiogel Dermo-cleanser (Stiefel, компания GSK), перед измерением уровня себума пациенты в течение 45 минут находились в помещении с температурой $21,5 \pm 2,5^\circ\text{C}$.

У двух участников (пациенты А и Б) была выполнена трехмиллиметровая пункционная биопсия под топическим обезболиванием (инъекционно 1% раствор лидокаина с адреналином) на исходном уровне, а также на 12-й и 20-й нед периода наблюдения. Биопсийный материал фиксировали в 10% забуференном формалине и окрашивали гематоксилином и эозином. Рана была ушита нейлоном 6-0. В течение первых 24 ч после биопсии пациентам было рекомендовано избегать водных процедур. В течение 1 нед на место взятия биопсии наносился антибактериальный крем. По прошествии 1 нед швы были сняты.

Пациентам было предложено заполнить анкету для оценки результатов терапии. Опрос касался изменения рубцов постакне и жирности кожи лица, которые оценивались по пятибалльной оценочной шкале (табл. 1).

Таблица 1. Шкала субъективной оценки пациентом результатов терапии

Рубцы постакне	Жирность кожи лица
0 — нет изменений (0%); 1 — незначительное улучшение (1–25%); 2 — умеренное улучшение (26–50 %); 3 — хорошее улучшение (51–75 %); 4 — отличное улучшение (76–100 %).	0 — без изменений (0%); 1 — незначительное уменьшение (1–25%); 2 — умеренное уменьшение (26–50%); 3 — значительное уменьшение (51–75%); 4 — отличное уменьшение (76%–100%).

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Данные были проанализированы с использованием программы SPSS (парный Т-критерий и повторный дисперсионный анализ) со значимым уровнем при показателе $p < 0,05$.

Результаты

ХАРАКТЕРИСТИКА ВЫБОРКИ

В исследовании приняли участие 29 пациентов, которые соответствовали критериям включения. Завершили исследования 24 пациента, 2 пациента были исключены из-за несоблюдения курса терапии, 3 пациента вышли из-под наблюдения.

Среди пациентов, прошедших все этапы исследования, были 15 мужчин и 9 женщин, средний возраст в этой группе составил $32,54 \pm 4,83$ года. Из них 11 участников имели фототип кожи III по Фитцпатрику, 12 — IV и 1 — V. По Международной качественной шкале классификации рубцов постакне Goodman G.J. и Baron J.A. 4 пациента имели рубцы постакне легкой степени тяжести, 6 — средней, 4 — тяжелой. Средний исходный балл по шкале ЕССА составил $109,79 \pm 24,47$. Средний объем рубца постакне и средний уровень меланина, рассчитанные с помощью фотокамеры Antera 3D, составили $13,84 \pm 6,87$ мм³ и $0,53 \pm 0,08$ мм³ соответственно. Средний уровень себума, рассчитанный с помощью себуметра, составил $54,35 \pm 33,58$ мкг/см². Исходные характеристики выборки участников представлены в **таблице 2**.

Таблица 2. Исходные характеристики выборки участников исследования.

	Количество (n = 24)
Возраст, г	
Средний	$32,54 \pm 4,83$
Минимальный	25
Максимальный	48
Пол, n (%)	
Мужской	15 (62,5%)
Женский	9 (37,5%)
Фототип кожи по Фитцпатрику, n (%)	
III	11 (45,83%)
IV	12 (50%)
V	1 (4,17%)
Международная качественная шкала классификации рубцов постакне Goodman G.J. и Baron J.A.	
Легкая степень	4 (16,67%)
Умеренная степень	6 (25%)
Тяжелая степень	14 (58,33%)
Средний балл по ЕССА	$109,79 \pm 24,47$
Средний объем рубца постакне, мм ³	$13,84 \pm 6,87$
Средний уровень меланина, мм ³	$0,53 \pm 0,08$
Средний уровень продукции себума, мкг/см ²	$54,35 \pm 33,58$

УРОВЕНЬ СЕКРЕЦИИ СЕБУМА

Результаты себуметрии показали, что средний уровень секреции себума значительно снизился с момента первой процедуры и продолжал снижаться на протяжении всего периода исследования ($p < 0,05$). Через 1 мес после окончания курса терапии средний уровень секреции себума достоверно снизился на 18,28% от исходного уровня (с $54,35 \pm 33,58$ мкг/см² до $41,79 \pm 25,64$ мкг/см² ($p = 0,003$) и продолжал снижаться до завершения исследования с чистым снижением на 20,64% от исходного уровня (с $54,35 \pm 33,58$ мкг/см² до $40,67 \pm 27,57$ мкг/см² ($p = 0,016$)) (рис. 1).

Большинство пациентов сообщили об улучшении состояния от умеренного до отличного на 1-м и 3-м месяцах наблюдения. Подробные ответы пациентов на вопросы анкеты представлены на рис. 2.

РУБЦЫ ПОСТАКНЕ

Для расчета среднего объема рубца постакне использовалась 3D-камера Antera®. К 20 нед исследования наблюдалось значительное уменьшение объема рубца по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,05$) с $13,84 \pm 6,87$ мм³ до $9,68 \pm 5,61$ мм³ (уменьшение на 29,26%). Это снижение составило 20,53%, 10,06%, 6,32% и 3,05% между неделями 0–4, 4–8, 8–12 и 12–20 соответственно (рис. 3). Клинические фотографии с Antera® 3D и цифровых камер также свидетельствовали об общем улучшении текстуры кожи и уменьшении выраженности атрофических рубцов постакне (рис. 4).

Согласно оценке двух врачей-дерматологов по Международной качественной шкале классификации рубцов постакне Goodman G.J. и Baron J.A. к 20 нед периода наблюдения у 8 пациентов (33% участников) отмечалось улучшение на одну степень. У трех пациентов к концу исследования степень тяжести изменилась с умеренной на легкую, а у пяти — с тяжелой на умеренную (рис. 5).

Оценка по шкале ЕССА производилась двумя дерматологами вслепую на основе клинических фотографий при каждом посещении. Наблюдалось значительное снижение показателя ($p < 0,05$) с момента первой процедуры: на 25,9% ($109,79 \pm 24,47$ – $82,08 \pm 29,08$) к 12 нед, на 33,88% ($109,79 \pm 24,47$ – $73,54 \pm 27,17$) к 20-й нед периода наблюдения по отношению к исходному уровню (рис. 6). Большинство пациентов оценили улучшение как легкие, умеренные и хорошие к 1 и 3 месяцам наблюдения. Ни один из пациентов не расценил результаты терапии как «отсутствие улучшений».

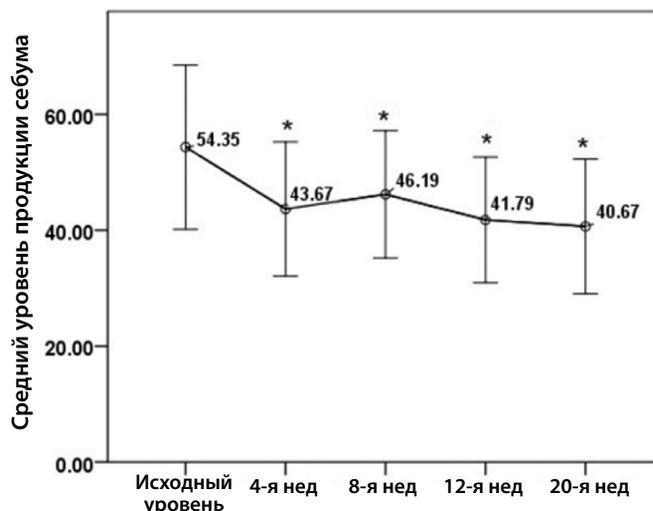


Рис. 1. Средний уровень продукции себума значительно снизился сразу после процедуры по сравнению с исходным показателем и продолжал снижаться в течение всего исследования



Рис. 2. Количественное распределение пациентов согласно изменениям жирности кожи на 1-м и 3-м мес периода наблюдения

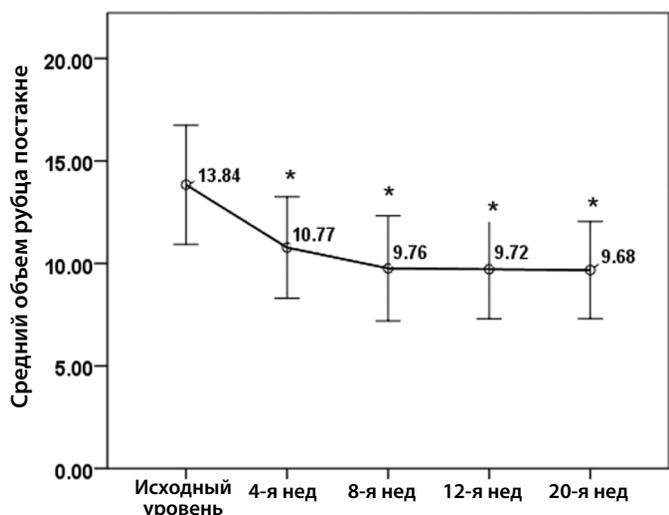


Рис. 3. Средний объем рубца поставке согласно снимкам фотокамеры Antera 3D. По сравнению с исходным состоянием наблюдалось значимое уменьшение объема рубцов на протяжении исследования

РЕЗУЛЬТАТЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Исходную биопсию выполняли на месте U-образного рубца поставке, а последующую — рядом с исходным местом биопсии. Гистологические образцы фиксировали в 10% забуференном формалине и окрашивали гематоксилином и эозином (H&E). У пациента А в гистологическом образце, взятом на 12 нед, имелись признаки фиброза и уменьшения размера и плотности сальных желез (**рис. 7**). У пациента Б к 20-я нед периода наблюдения отмечался акантоз с усилением фиброза и уменьшением количества сальных желез (**рис. 8**).

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ

Средняя оценка выраженности болевых ощущений во время процедуры составила 4,38 из 10. Сразу после каждой процедуры у всех пациентов наблюдалась эритема, менее половины испытывали боль (20,83%), отек (16,67%) и чувство жжения (29,17%). Однако эти нежелательные явления исчезли в течение 1 нед после процедуры. У 7 пациентов наблюдались легкие высыпания акне, разрешившиеся спонтанно. Хотя 7 пациентов сообщили о поствоспалительной гиперпигментации, согласно объективной оценке на основе снимков 3D-камеры Antera значимое увеличения среднего уровня меланина на протяжении всего исследования зафиксировано не было ($p < 0,05$).

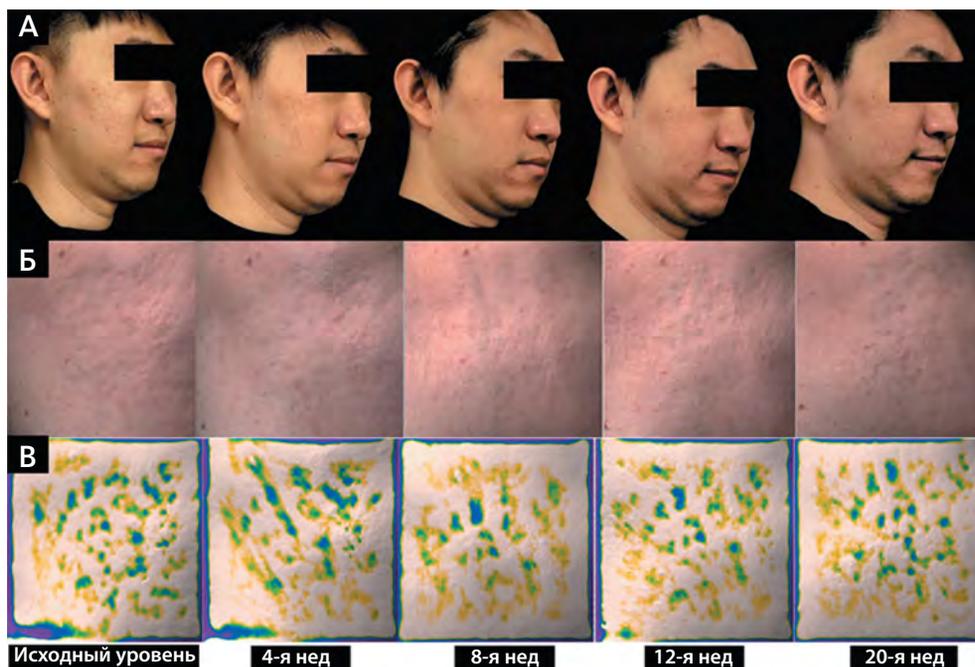


Рис. 4. Клинические фотоснимки, полученные с помощью цифровой камеры (А) и камеры Antera 3D (Б, В) демонстрируют общее улучшение текстуры кожи и уменьшение выраженности рубцов поставке

Обсуждение

Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о значительном снижении секреции себума, которое отмечалось уже после первой процедуры и сохранялось по крайней мере в течение 3 мес после завершения курса терапии ($p < 0,05$). Аналогичные результаты были получены в предыдущем исследовании Kim S.T. и соавт. [13]. Авторы отметили более выраженное снижение уровня себума к 3 мес после завершения терапии (36,99%), чем в нашем исследовании (20,64%). Это может быть связано с бóльшим количеством проходов, выполненных в ходе обработки, бóльшей плотностью микроигл (устройство другой компании), разными погодными условиями, влажностью и, наконец, особенностями выборки пациентов: в исследовании Kim S.T. и соавт. участвовали пациенты с *acne vulgaris*, у которых обычно повышен исходный уровень себума на лице.

В нашем исследовании уровень выработки себума значительно снизился с момента первой процедуры и продолжал снижаться после прекращения курса терапии. При этом стойкие улучшения отмечались не менее 3 мес. Положительная динамика была подтверждена оценкой жирности кожи лица пациентов и результатами гистологического исследования, указывающими на снижение плотности и размера сальных желез через 3 мес после процедуры.

Результаты нашего исследования также свидетельствуют о преимуществах микроигльчатой RF-терапии над лазерными методами коррекции с точки зрения себосупрессивного эффекта. Jeffrey S. Orringer и соавт. оценили эффективность терапии акне Nd:YAG-лазером и изменение уровня секреции себума (с использованием Sebupare; CuDerm Corp.) после лазерной обработки. Авторами не было зафиксировано статистически значимых различий в выработке себума между обработанными и необработанными областями на 7-й и 14-й нед [14]. Другое исследование, посвященное влиянию диодного лазера с длиной волны 1450 нм на скорость секреции себума (с использованием себуметра) у пациента с неактивной формой акне, проведенное Hans-Joachim Laubach и соавт., показало, что после трех процедур лазерной терапии не было никаких существенных различий в скорости секреции себума по сравнению с контрольной стороной через 1 мес наблюдения ($p > 0,05$) [15].



Рис. 5. Количественное распределение пациентов согласно степени тяжести постакне по Международной качественной шкале классификации рубцов постакне Goodman G.J. и Baron J.A.

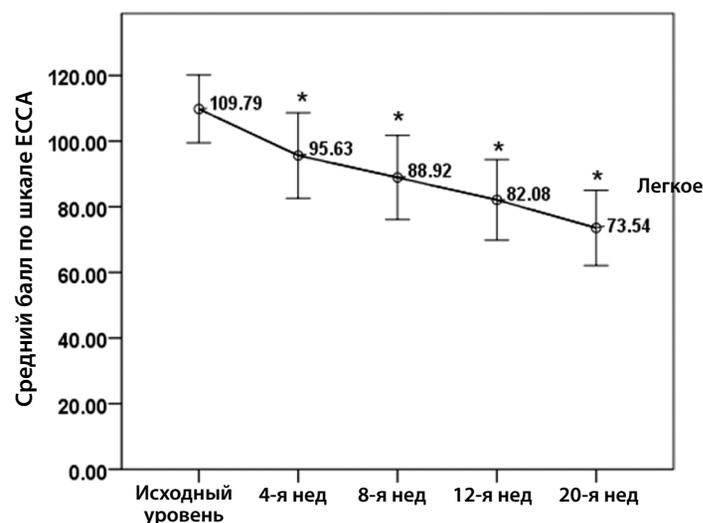


Рис. 6. Оценка по шкале ЕССА согласно оценке двух врачей-дерматологов, сделанной ими вслепую на основе клинических фотографий. Сразу после проведения первой процедуры наблюдается значимое снижение показателя по сравнению с исходным уровнем

Рис. 7. Гистологические образцы пациента А: А —исходное состояние; Б — через 1 мес после завершающей процедуры (12 нед исследования)

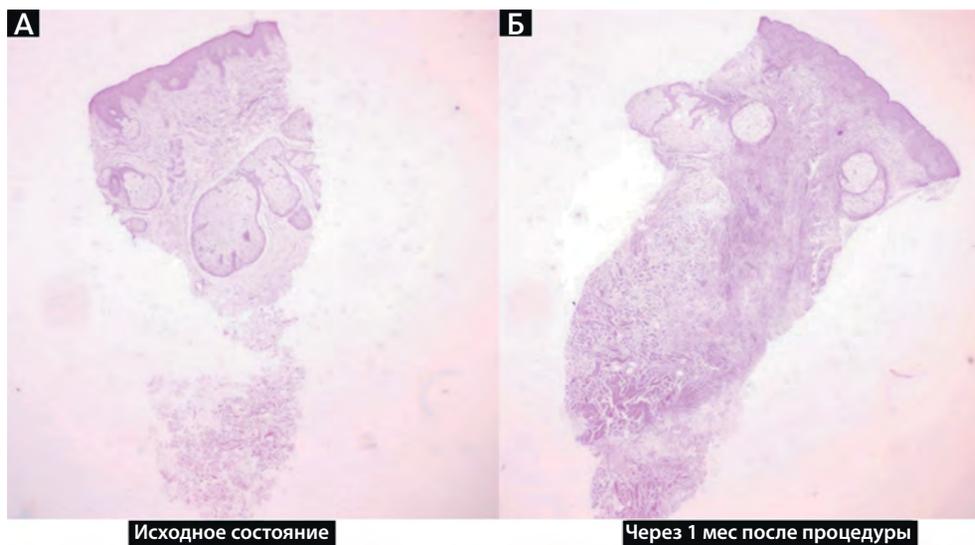
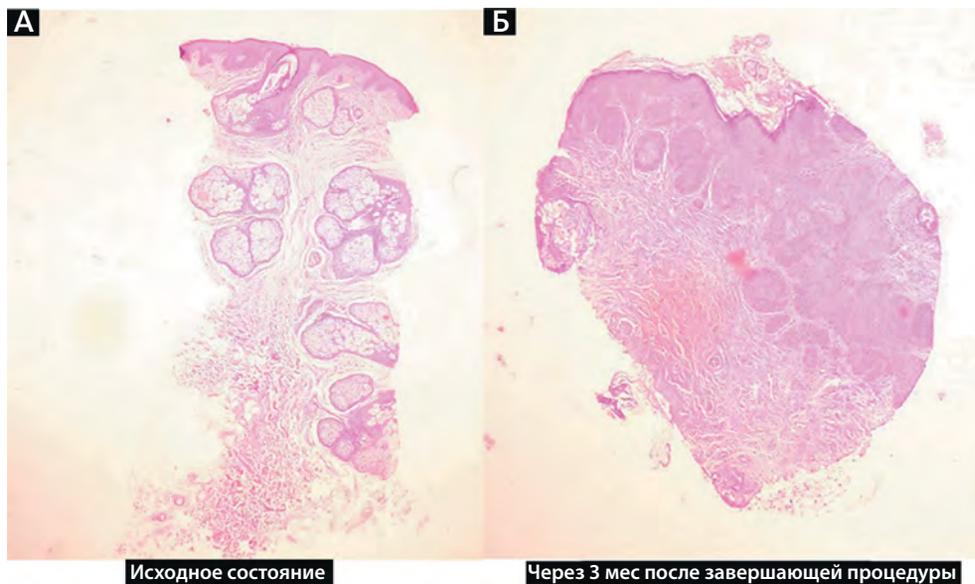


Рис. 8. Гистологические образцы пациента Б: А —исходное состояние; Б — через 3 мес после завершающей процедуры (20 нед исследования). Наблюдается появление акантоза с признаками фиброза и уменьшением количества сальных желез



В нашем исследовании через 1 мес после первой процедуры (4-я нед) и через 3 мес после завершающей процедуры (20-я нед) средний объем рубца по-стакне, рассчитанный с помощью 3D-камеры Antera®, уменьшился на 20,53% и 29,26% соответственно. Таким образом, только одной процедуры микроигльчатой RF-терапии с использованием насадки с 24-мя покрытыми игльчатymi электродами может быть достаточно, чтобы значительно уменьшить объем рубца по-стакне, хотя для более выраженного улучшения рекомендуется большее количество процедур.

Что касается субъективной оценки пациентами результатов терапии, более 40% пациентов отметили хорошие или отличные улучшения клинической картины рубцов по-стакне через 3 мес после завершения курса процедур. Согласно Международной качественной шкале классификации рубцов по-стакне

Goodman G.J. и Baron J.A., у трети пациентов наблюдалось уменьшение тяжести рубцов постакне на одну степень. Однако эта оценка могла быть неточной, поскольку почти каждый пациент пришел на прием без макияжа, в то время как оценка должна проводиться после нанесения пациентом макияжа. Таким образом, пациенты должны быть проинструктированы наносить макияж перед проведением оценки по Международной качественной шкале классификации рубцов постакне Goodman G.J. и Baron J.A.

Что касается нежелательных явлений микроигольчатой RF-терапии, у большинства пациентов отмечалась эритема, менее трети пациентов испытывали боль, отек или жжение. Однако эти нежелательные явления ослабли или исчезли в течение 1 нед после процедуры. Некоторые пациенты сообщали о появлении слабовыраженных высыпаний акне, которые полностью разрешились без какого-либо медицинского вмешательства. Ни у одного из пациентов не было зафиксировано серьезных нежелательных явлений, повлекших за собой прекращение участия в исследовании. Хотя 7 пациентов заявили о развитии поствоспалительной гиперпигментации, не было отмечено значительного повышения среднего уровня меланина на протяжении всего периода исследования. Это может быть связано с наличием силиконового покрытия у 24-х игольчатых электродов насадки аппликатора Fractora, которое, возможно, помогло предотвратить прямое повреждение эпидермиса. Тем не менее, после процедуры микроигольчатой RF-терапии пациентам рекомендуется избегать прямых солнечных лучей и использовать солнцезащитные средства.

Хотя на рынке в изобилии представлены топические средства, нацеленные на уменьшение продукции себума, у них есть свои плюсы и минусы. Изотретиноин — наиболее эффективное действующее вещество, однако для многих пациентов этот вариант становится неприемлемым из-за характерных нежелательных явлений, что диктует необходимость в других терапевтических подходах. Тем более эффект снижения секреции себума сохраняется лишь при непосредственном применении топического средства в отличие от результатов микроигольчатой RF-терапии, себосупрессивный эффект которой сохраняется в течение 3 мес после окончания процедуры и не вызывает при этом значительного повышения среднего уровня меланина.

Небольшой размер выборки, короткий период наблюдения продолжительностью лишь 3 мес и отсутствие сравнения эффектов использованной насадки и насадок с другой плотностью и типом электродом — вот некоторые ограничения текущего исследования.

Для оценки долговременных эффектов себосупрессии после микроигольчатой RF-терапии (насадка с 24-мя покрытыми микроиглами) необходимо провести исследования с продолжительным периодом наблюдения. Более объективную оценку изменения атрофических рубцов постакне после микроигольчатой RF-терапии могут дать результаты исследований с большей численностью выборки. Также рекомендуются дальнейшие исследования для определения любых различий в себосупрессивном эффекте и результатах коррекции рубцов постакне между насадками с 24-я и 60-ю игольчатыми электродами.

Заключение

Насадку для микроигльчатой RF-терапии с 24-мя покрытыми игльчатymi электродами можно использовать в качестве альтернативного метода коррекции рубцов постакне у пациентов, которые одновременно хотят уменьшить жирность кожи лица. Уже после однократной процедуры заметно значительное уменьшение жирности кожи лица и объема рубцов постакне.

Литература

1. **Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al.** Years Lived with Disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *Lancet.* 2012;380:2163-2196.
2. **Higaki Y, Kawamoto K, Kamo T, Horikawa N, Kawashima M, Chren MM.** The Japanese version of Skindex-16: a brief quality-of-life measure for patients with skin diseases. *J Dermatol.* 2002;29:693-698.
3. **Hayashi N, Higaki Y, Kawamoto K, Kamo T, Shimizu S, Kawashima M.** A cross-sectional analysis of quality of life in Japanese acne patients using the Japanese version of Skindex-16. *J Dermatol.* 2004;31:971-976.
4. **Layton AM, Henderson CA, Cunliffe WJ.** A clinical evaluation of acne scarring and its incidence. *Clin Exp Dermatol.* 1994;19(4):303-308.
5. **Jacob CI, Dover JS, Kaminer MS.** Acne scarring: a classification system and review of treatment options. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45(1):109-117.
6. **Hu S, Chen MC, Lee MC, Yang LC, Keoprasam N.** Fractional resurfacing for the treatment of atrophic facial acne scars in asian skin. *Dermatol Surg.* 2009;35:826-832.
7. **Chrastil B, Glaich AS, Goldberg LH, Friedberg PM.** Second generation 1550 nm fractional photothermolysis for treatment of acne scars. *Dermatol Surg.* 2008;34:1327-1332.
8. **Gold M, Biron J.** Treatment of acne scars by fractional bipolar radiofrequency energy. *J Cosmet Laser Ther.* 2012;14:172-178.
9. **Hruza G, Taub AF, Collier SL, Mulholland SR.** Skin rejuvenation and wrinkle reduction using a fractional radiofrequency system. *J Drugs Dermatol.* 2009;8:259-265.
10. **Nestor MS, Park H.** Safety and efficacy of micro-focused ultrasound plus visualization for the treatment of axillary hyperhidrosis. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2014;7:14-21.
11. **Solish N, Bertucci V, Dansereau A, et al.** A comprehensive approach to the recognition, diagnosis, and severity-based treatment of focal hyperhidrosis: recommendations of the Canadian hyperhidrosis advisory committee. *Dermatol Surg.* 2007; 33: 908-923.
12. **Goodman GJ, Baron JA.** Postacne scarring: a qualitative global scarring grading system. *Dermatol Surg.* 2006;32(12):1458-1466.
13. **Kim ST, Lee KH, Sim HJ, Suh KS, Jang MS.** Treatment of acne vulgaris with fractional radiofrequency microneedling. *J Dermatol.* 2014;41:586-591.
14. **Orringer JS, Kang S, Maier L, et al.** A randomized, controlled, split-face clinical trial of 1320-nm Nd: YAG laser therapy in the treatment of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56(3):432-438.
15. **Laubach HJ, Astner S, Watanabe K, et al.** Effects of a 1,450 nm diode laser on facial sebum excretion. *Lasers Surg Med.* 2009;41:110-115.

Аршакян В.А.

Уплотнение кожи и коррекция дряблости с помощью мультимодальных RF-технологий

Обоснована и подтверждена клиническими примерами целесообразность ботулинотерапии у молодых пациентов с целью ранней профилактики возрастных изменений. Представлены подходы к профилактической и лечебной коррекции эстетических изменений в разных возрастных группах с учетом особенностей семейного анамнеза. Акцентируется необходимость комплексного обследования пациентов с определенными симптомами и симптомокомплексами, обращающихся к врачу-косметологу.

Ключевые слова: ботулинотерапия, профилактика возрастных изменений, коррекция возрастных изменений

Введение

В настоящее время значительными темпами растет спрос на малоинвазивную подтяжку кожи лица, шеи и рук. И то, что раньше было недостижимой целью, сейчас становится обыденной эстетической процедурой благодаря развитию множества основанных на энергии технологий, включающих лазеры, высокоинтенсивный сфокусированный ультразвук и радиочастотное воздействие (RF) [1–3]. Именно RF-технологии в последние годы особенно начали набирать популярность и завоевывать доверие — как специалистов в сфере эстетической медицины, так и пациентов, опробовавших их на себе [4].

RF-воздействие обеспечивает лифтинг-эффект за счет нагрева ретикулярной дермы, который запускает каскад реакций, ведущих к регенерации и приводящих к стимуляции неокollaгеногенеза и синтезу эластина [5]. В отличие от лазерного, RF-воздействие не зависит от хромофоров и безопасно практически для каждого пациента [6]. В настоящее время существуют несколько типов RF-технологий для медицинского и косметологического применения: монополярные, биполярные и многополярные RF-устройства.

Проведенные за последние годы многочисленные клинические исследования подтверждают эффективность RF-терапии в целях эстетической подтяжки кожи лица и тела. Peterson J.D. и соавт. провели клиническое исследование изменения механических свойств кожи через 6 мес после RF-воздействия и продемонстрировали статистически значимое улучшение состояния морщин и дряблости кожи с 1,42 балла по шкале Фицпатрика и с 0,66 балла по шкале Алексиадес до 1,57 и 0,70

**Аршакян
Вардан Арамаисович**

К.м.н., пластический хирург, онколог-маммолог, преподаватель кафедры пластической хирургии Новосибирского государственного университета, Москва

соответственно [7]. В других, более фундаментальных, исследованиях говорится о том, что RF-воздействие стимулирует синтез коллагена и при этом увеличивает диаметр коллагеновых фибрилл, а также индуцирует микровоспалительную стимуляцию фибробластов и других веществ, участвующих в улучшении структуры дермы [8].

С появлением фракционных RF-устройств, сочетающих в себе две методики, ранее применявшиеся для коррекции и омоложения кожи по отдельности, — микронидлинга и RF, появилась и возможность программирования глубины проникновения и интенсивности тепловой энергии воздействия. Подобно фракционному лазеру, фракционный RF-микронидлинг воздействует на определенные сегменты кожи и мягких тканей, оставляя островки интактных областей, с целью сокращения времени восстановления. Проведенные клинические исследования эффективности данной процедуры говорят об активном ремоделировании кожи, сопровождающемся увеличением ретикулярного объема дермы, а также увеличением содержания гиалуроновой кислоты и эластина уже через 10 нед после терапии [5].

Как и в любой другой сфере, в медицине и косметологии наиболее интересные и перспективные методы появляются на стыке технологий. Исследователи Mulholland и Hruza еще в 2009 г. опубликовали работу, в которой вместе с коллегами говорили о преимуществе комбинирования биполярной и фракционной RF, поясняя это тем, что сочетание данных технологий позволяет осуществлять тепловое воздействие для «внутренней и внешней дермальной стимуляции», которое способно вызвать как аблятивное улучшение состояния дисхромии, тонких линий и морщин, так и неаблятивное более глубокое дермальное воздействие [9]. В настоящее время с этим заявлением солидарна международная группа исследователей

под руководством Dayan E., которые в своей клинической практике заметили, что целевые пациенты, желающие малоинвазивной подтяжки кожи, лучше всего реагируют на процедуру RF-микронидлинга, если ее сочетать с биполярным RF-воздействием, так как RF-микронидлинг позволяет подтягивать кожу и ремоделировать подкожную жировую ткань, а биполярное RF-воздействие — проводить нагрев глубоких тканей (рис. 1, 2). Генерируемое подачей тока тепловое воздействие коагулирует подкожный жир в непосредственной близости от внутреннего электрода и денатурирует ретикулярную дерму, сохраняя при этом сосочковую. Контролируемый нагрев способствует незамедлительному сжатию тройной



Рис. 1. 55-летняя женщина: А — состояние кожи подбородка и челюсти до терапии; Б — последующее состояние кожи через 6 мес после радиочастотной микронидлинга на челюсти и в подбородочной области, демонстрирующее уменьшение проявления дряблости кожи

спирали коллагена за счет разрушения в нем водородных связей, что приводит к уплотнению его нормальной структуры, вызывая также уплотнения вышележащей фибросептальной сети [10].

Целью настоящей публикации являются обзор и оценка вышеописанной мультимодальной RF-терапии, включающей в себя RF-микронидлинг и биполярное RF-воздействие, на основании многоцентрового клинического исследования, проведенного уже упомянутой группой специалистов под руководством Dayan E. [11].

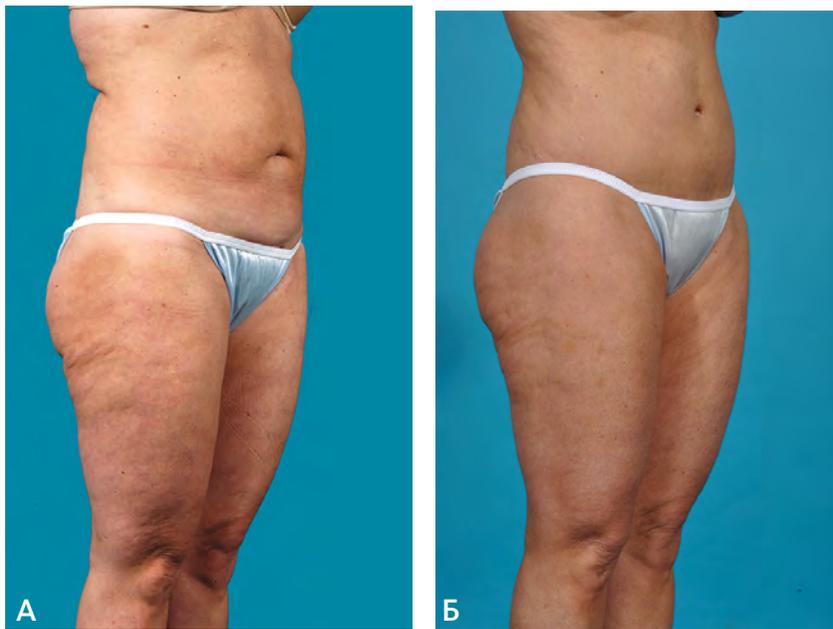


Рис. 2. 47-летняя женщина с дряблостью кожи живота: А — состояние до терапии; Б — через 6 мес после терапии передней брюшной стенки комбинацией биполярного RF-воздействия и RF-микронидлинга наблюдается значительное улучшение состояния целевой области

Дизайн исследования

Настоящее многоцентровое ретроспективное исследование эффективности использования комбинации биполярного RF-лифтинга и RF-микронидлинга проводилось с января 2013 по декабрь 2018 г. с участием 247 пациентов (234 женщины и 13 мужчин), добровольно обратившихся в соответствующие клиники пластической хирургии с желанием омолодить кожу лица. Средний возраст участников составил 55,1 году, индекс массы тела — 24,3, 9% пациентов были активными курильщиками на момент оказания терапии, 2% пациентов проходили до этого процедуру липосакции в области шеи и 8,5% пациентов ранее проводили подтяжку кожи лица/шеи. Также все они соответствовали следующим критериям:

- отсутствие инфекционных заболеваний, коллагенозов, иммунодефицитных состояний;
- отсутствие в анамнезе склонности к образованию келоидных или гипертрофических рубцов;
- отсутствие показаний к приему нестероидных противовоспалительных препаратов во время исследования.

Перед началом процедуры у всех пациентов были идентифицированы и отмечены целевые области воздействия. В связи с этим авторами визуально было выделено две части: зона 1 — выше границы нижней челюсти и зона 2 — ниже границы нижней челюсти. После этого были обозначены участки локализованного ожирения в нижней части лица и шеи. Зоны, не требующие терапевтического вмешательства, определяли по линии, перпендикулярной нижнему краю губной комиссуры (т.е. «линиям марионетки»). Областей медиальнее этих линий избегали в качестве превентивной меры нарушения иннервации маргинальной ветви нижнечелюстного нерва. Таким образом, были выбраны следующие точки RF-воздействия:

- средняя линия субментальной области;
- точка на 1–2 см ниже соединения парасимфизарной части с телом нижней челюсти;
- постаурикулярное пространство — 2 точки доступа с обеих сторон.

Процедура проводилась под местной анестезией в 97,2% случаев с применением 50 мл 2% лидокаина, 1,5 мг адреналина, 1,5 мл бикарбоната в 1 л раствора Рингер-лактата, в свою очередь, 2,8% пациентов прошли процедуру под общим наркозом или с внутривенной седацией. В случае местной анестезии пациентам также проводилась премедикация 5 мг оксикодона и 5 мг бензодиазепама или их сочетанием.

Первым этапом исследования было проведение терапевтического вмешательства с помощью биполярного RF-устройства FaceTite (InMode Aesthetic Solution). Параметры настройки RF включали внутреннюю и внешнюю температуру отсечки в 68 и 38 °C соответственно. Предварительно определенные целевые зоны систематически нагревались с целью избегания потери тепла при обработке больших площадей. RF-воздействие выполнялось при ретроградном движении канюли и останавливалось в пределах 1 см от места доступа, чтобы предотвратить перегрев этой области. Для оценки температуры тканей применялись звуковые и визуальные сигналы с RF-консоли, обработку останавливали через 1 мин после достижения целевой внутренней и внешней температур.

Вторым этапом исследования было проведение фракционного RF-микронидлинга с помощью устройства Morpheus8 (InMode Aesthetics Solution). Настройки воздействия включали следующие параметры: глубина проникновения 2 мм, уровень энергии 30 кВт с 50% перекрытием. Перед началом RF-воздействия наконечник устройства прочно размещался перпендикулярно обрабатываемому участку. У пациентов с более тонкой кожей или более темным фототипом кожи по шкале Фицпатрика параметры энергии были снижены на 20%. Среднее время терапевтического сеанса составило 58 мин. Наблюдение за пациентами проводили через 1 нед и через 1, 3 и 6 мес.

Оценку эффективности терапии проводили три независимых пластических хирурга по фотографиям до и после проведения процедуры с использованием шкалы классификации лица/шеи по Бейкеру и t-теста для определения статистической значимости.

Результаты исследования

Статистический анализ полученных авторами данных показал объективное значимое снижение оценки по классификации лица/шеи по Бейкеру, которое составило 1,4 балла, что указывает на положительный эффект проведенной комбинированной терапии. Немаловажно и то, что 93% пациентов оказались довольны полученными результатами.

Параллельно, в связи с тем что авторы предположили существование вероятности потенциального влияния каких-либо контрольных переменных на полученные результаты, ими был проведен односторонний дисперсионный анализ с повторными измерениями, включающий следующие предикторы: пол, отношение

к курению, проводилась ли ранее липосакция, вес, возраст (дихотомия по медианному значению, 55), индекс массы тела, энергия, затраченная для челюсти справа (в кДж), энергия, затраченная для челюсти слева (в кДж) и энергия, затраченная для шеи (в кДж). Благодаря данному анализу исследователи выявили, что возраст оказывал значительное влияние на получаемый терапевтический эффект. Это говорит о том, что оценки, полученные согласно классификации лица и шеи по Бейкеру до и после терапии, различаются в разных возрастных группах. Однако, хотя средние значения и демонстрируют, что пациенты старшего возраста, по-видимому, получают более выраженный эффект от проводимого лечения по сравнению с пациентами более молодого возраста, обе возрастные группы по-прежнему показывают заметные и значительные улучшения состояния кожи лица.

Нежелательные побочные реакции, регистрируемые у пациентов исследуемой выборки, включали длительный отек — более 6 нед у 4,8% пациентов, уплотнение кожи — более 12 нед у 3,2% пациентов и развитие нейропраксии маргинальной нижнечелюстной ветви у 1,2% пациентов. Тем не менее все осложнения разрешились самостоятельно, без дальнейшего терапевтического вмешательства.

Схожие исследования

Один из авторов вышеописанного исследования, доктор Theodorou S.J. с коллегами, исследовал и опубликовал результаты почти круговой (270 градусов) липосакции предплечий с помощью радиочастотного излучения у 40 пациентов [12]. Независимый эксперт высоко оценил полученные эффекты уплотнения мягких тканей у большинства пациентов. В этой выборке отмечалось минимальное развитие осложнений (1 серома разрешилась с помощью аспирации и 1 ожог прошел после надлежащего ухода за раной). Затем, совместно с Dayan E. и коллегами, доработав используемый терапевтический протокол добавлением в него процедуры RF-микронидлинга, исследователи получили значительное усиление лифтинг-эффекта биполярного RF-воздействия, а также расширили возможность проведения терапии на сложных участках, таких как жировые отложения на руке проксимальнее локтя или в месте соединения рук и подмышек (**рис. 3**) [10].



Рис. 3. 44-летняя женщина с жировыми отложениями на боках: А — состояние до терапии; Б — через 6 мес после терапии области спины комбинацией биполярного RF-воздействия и RF-микронидлинга наблюдается значительное улучшение состояния целевой области

Существуют и другие исследования, демонстрирующие эффективность комбинированного мультимодального применения RF-воздействия с целью улучшения эстетики лица. Например, Kaplan H. и Kaplan L. описали одновременное сочетание трех RF-технологий, включающих неаблятивный лифтинг, фракционную RF-обработку кожи и RF-микронидлинг, продемонстрировав улучшение более чем на 50% текстуры кожи, а также уменьшение дряблости и морщин у 43% выборки пациентов без развития неблагоприятных эффектов или значительного времени реабилитации [5]. Также некоторое число исследований показали действие неаблятивной RF-терапии с использованием нескольких источников как единственного эффективного метода коррекции контуров лица/тела [13], в свою очередь, авторы другого исследования говорят о RF-микронидлинге как о единственном эффективном методе [14], а также об эффективности комбинации неаблятивной и фракционной RF-обработки кожи [15].

Клиническое исследование фракционного биполярного RF-микронидлинга (Intensif; EndyMed, Кесария, Израиль) продемонстрировало значительное улучшение у пациентов после 2 терапевтических сеансов через 4 и 12 нед наблюдения [16]. Параллельно в течение 3 последовательных сеансов с интервалом в 4 нед проводилось изучение системы-аналога (Scarlet, Корея).

Иммуногистохимическое исследование показало значительное увеличение по сравнению с исходным уровнем содержания дермального коллагена через 4 нед после 3 терапевтических сеансов, а также значительное увеличение плотности фибриллина-1, начиная от дермоэпидермального соединения и до глубоких дермальный слоев [17].

Вывод

Комбинированная терапия с применением биполярной RF-технологии и фракционного RF-микронидлинга оказала корректирующий и омолаживающий эффект на состояние кожи лица исследуемой группы пациентов всех возрастных групп.

Тем не менее при анализе потенциально влияющих на результат переменных исследователи выявили, что пациенты старшего возраста получают более значимый эффект по сравнению с пациентами более молодого возраста. Авторы высказывают мнение, что описываемая комбинированная RF-терапия не является полной заменой подтяжки кожи лица/шеи у пациентов, которым она показана, данное сочетание лишь расширяет доступный арсенал пластических хирургов и дает возможность уменьшить дряблость мягких тканей лица без традиционного хирургического вмешательства.

Литература

1. Chia C.T., Theodorou S.J., Hoyos A.E., Pitman G.H. Radiofrequency-assisted liposuction compared with aggressive superficial, subdermal liposuction of the arms: a bilateral quantitative comparison. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2015; 3(7): e459.

2. **Fritz K., Salavastru C.** Ways of noninvasive facial skin tightening and fat reduction. *Facial Plast Surg* 2016; 32(3): 276–282.
3. **Sadick N.S., Makino Y.** Selective electro-thermolysis in aesthetic medicine: a review. *Lasers Surg Med* 2004; 34(2): 91–97.
4. Cosmetic Surgery National Data Bank Statistics. *Aesthet Surg J* 2018; 38(Suppl 3): 1–24.
5. **Kaplan H., Kaplan L.** Combination of microneedle radiofrequency (RF), fractional RF skin resurfacing and multi-source non-ablative skin tightening for minimal downtime, full-face skin rejuvenation. *J Cosmet Laser Ther* 2016; 18(8): 438–441.
6. **Alster T.S, Lupton J.R.** Nonablative cutaneous remodeling using radiofrequency devices. *Clin Dermatol* 2007; 25(5): 487–491.
7. **Peterson J.D, Palm M.D., Kiripolsky M.G., et al.** Evaluation of the effect of fractional laser with radiofrequency and fractionated radiofrequency on the improvement of acne scars. *Dermatol Surg* 2011; 37(9): 1260–1267.
8. **Zelickson B.D., Kist D., Bernstein E.** Histological and ultrastructural evaluation of the effects of a radiofrequency-based nonablative dermal remodeling device: a pilot study. *Arch Dermatol* 2004; 140(2): 204–209.
9. **Hruza G., Taub A.F., Collier S.L.** Skin rejuvenation and wrinkle reduction using a fractional radiofrequency system. *J Drugs Dermatol* 2009; 8(3): 259–265.
10. **Dayan E., Chia C., Burns A.J., Theodorou S.** Adjustable Depth Fractional Radiofrequency Combined With Bipolar Radiofrequency: A Minimally Invasive Combination Treatment for Skin Laxity. *Aesthet Surg J* 2019; 39(3): 112–119.
11. **Dayan E., Rovatti P., Aston S., et al.** Multimodal Radiofrequency Application for Lower Face and Neck Laxity. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2020; 8(8): e2862.
12. **Theodorou S.J., Del Vecchio D., Chia C.T.** Soft tissue contraction in body contouring with radiofrequency-assisted liposuction: a treatment gap solution. *Aesthet Surg J*. 2018; 38(Suppl 2): 74–83.
13. **Royo de la Torre J, Moreno-Moraga J, Munoz E, et al.** Multisource, phase-controlled radiofrequency for treatment of skin laxity: correlation between clinical and in-vivo confocal microscopy results and real-time thermal changes. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2011; 4(1): 28–35.
14. **Elawar A., Dahan S.** Non-insulated fractional microneedle radiofrequency treatment with smooth motor insertion for reduction of depressed acne scars, pore size, and skin texture improvement: a preliminary study. *J Clin Aesthet Dermatol* 2018; 11(8): 41–44.
15. **Elman M., Harth Y.** Novel multi-source phase-controlled radiofrequency technology for non-ablative and micro-ablative treatment of wrinkles, lax skin and acne scars. *Laser Ther* 2011; 20(2): 139–144.
16. **Sadick N, Rothaus K.O.** Minimally invasive radiofrequency devices. *Clin Plast Surg* 2016; 43(3): 567–575.
17. **Seo K.Y., Kim D.H., Lee S.E.** Skin rejuvenation by microneedle fractional radiofrequency and a human stem cell conditioned medium in Asian skin: a randomized controlled investigator blinded split-face study. *J Cosmet Laser Ther* 2013; 15(1): 25–33.

Коэн С., Доминский О., Арци О., Даян Э., Экштейн Д.

Радиочастотная термокоагуляционная технология омоложения лица и шеи на глубоком уровне: клиническая и ультразвуковая оценка результатов

Старение лица является комплексным процессом, протекающим на нескольких уровнях. Существуют многочисленные клинические исследования, подтверждающие эффективность радиочастотного сокращения и уплотнения тканей при воздействии на слой дермы и гиподермы. В статье приводятся результаты первого исследования омоложения нижней трети лица и шеи посредством радиочастотной термокоагуляции с охватом поверхностной мышечно-апоневротической системы. Для объективной оценки изменений авторами было применено ультразвуковое исследование.

Ключевые слова: радиочастотная термокоагуляция, поверхностная мышечно-апоневротическая система, неоколлагеногенез, лифтинг, InMode

Коэн Сарит^{1, 2}, Доминский Омри^{1, 2}, Арци Офир^{2, 3}, Даян Эрез⁴, Экштейн Дждозеф⁵

¹ Отделение пластической и реконструктивной хирургии, Медицинский центр Ассафа ха-Рофе, Израиль

² Медицинский факультет Саклера, Тель-Авивский университет, Израиль

³ Отделение дерматологии, Тель-Авивский медицинский центр Сураски, Израиль

⁴ Институт усовершенствованной пластической хирургии, Невада, США

⁵ Отделение диагностической радиологии, Медицинский центр Рабина, Больница Бейлинсон, Израиль

Старение нижней трети лица и шеи сопряжено со сложными совокупными и обо-собленными изменениями, касающимися всех слоев лица [1]. Избыток и дряблость кожи, подкожная липодистрофия в сочетании с ослаблением поддерживающих связок и промежуточных фиброзных перегородок в конечном итоге приводят к формированию характерных возрастных изменений нижней трети лица и шеи.

Энергетические нехирургические методы уплотнения кожи включают лазерную и радиочастотную терапию, а также применение сфокусированного ультразвука. Все большую популярность сегодня приобретает радиочастотное (radiofrequency, RF) омоложение. Нагрев тканей посредством радиочастотной энергии вызывает сокращение коллагена и его последующее ремоделирование [2]. Возникающее в результате термического воздействия уплотнение дермы было подтверждено многочисленными гистологическими и клиническими исследованиями [2–5]. Другие слои лица, расположенные глубже дермы, включая фиброзные перегородки, которые разделяют подкожный жировой слой на отдельные дольки (слой 2) [6], поверхностную мышечно-апоневротическую систему (superficial muscular aponeurotic system, SMAS) (слой 3) [7, 8] и поддерживающие связки (слой 4), также содержат коллаген [1, 9].

Недавно Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США одобрило малоинвазивную биполярную радиочастотную технологию нового поколения с контролируемым термическим воздействием для

выполнения процедур электрокоагуляции и гемостаза. При обзоре публикаций было обнаружено лишь 2 исследования серии случаев контурной пластики шейно-лицевой области с использованием радиочастотной термокоагуляции (radiofrequency thermocoagulation, RFTC) [10, 11]. Оценка эстетических изменений в этих исследованиях была основана на опросе удовлетворенности пациентов с небольшим количеством объективных данных. Одно исследование также включало оценку результатов независимыми экспертами при помощи фотоснимков [11]. Целью рассматриваемого ниже пилотного исследования было раскрыть возможности применения радиочастотной термокоагуляционной энергии на глубоком уровне и объективно оценить эффективность терапии как количественно, так и качественно.

Материалы и методы

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Данное проспективное несравнительное одноцентровое исследование было проведено в период с июня 2017 по июнь 2018 г. Исследование получило одобрение экспертного совета Медицинского центра Ассаф ха-Рофе и проводилось в соответствии с этическими принципами, изложенными в Хельсинкской декларации.

ВЫБОРКА ПАЦИЕНТОВ И ПРОТОКОЛ ТЕРАПИИ

В работе приняли участие 10 здоровых женщин (в том числе курящих), стремящихся улучшить контур нижней трети лица и шеи. От всех участниц было получено письменное информированное согласие. Критерии включения: птоз тканей от легкой до умеренной степени выраженности, локальные жировые отложения в области подбородка, птоз кожи по нижнечелюстной линии от легкой до умеренной степени выраженности (тип 1 и 2 классификации Бейкера) [12]. Согласно этой классификации, для пациентов с типом 1 было характерно наличие легкой дряблости кожи шеи, локальных жировых отложений в области подбородка, ранних признаков птоза кожи по нижнечелюстной линии. В свою очередь, пациенты, отнесенные к типу 2, имели умеренную дряблость кожи шеи, локальные жировые отложения в области подбородка с умеренной степенью выраженности птоза кожи по нижнечелюстной линии.

К критериям исключения относились:

- наличие кардиостимулятора, внутреннего дефибриллятора или любого другого активного электрического имплантата в любой анатомической области;
- поверхностный постоянный имплантат в зоне коррекции;
- наличие в анамнезе косметических процедур в области лица и шеи в предшествовавшие исследованию 6 мес;
- наличие асимметрии лица, рубцов или дерматозов инфекционного происхождения в области коррекции;
- прохождение пациентом антикоагулянтной или иммуносупрессивной терапии;
- аутоиммунные заболевания;
- значительная потеря веса в анамнезе.

Также были исключены пациенты с нереалистичными ожиданиями.

Каждому пациенту была проведена 1 процедура терапии. Ультразвуковая оценка клинической картины проводилась перед процедурой и через 6 нед после нее. Стандартизированные фотоснимки были сделаны до и через 12 мес после процедуры. Контрольные визиты были запланированы через 2, 6 нед и 12 мес после коррекции.

АППАРАТ

Для проведения процедуры коррекции был использован биполярный RFTC-аппарат с системой контроля термического воздействия, состоящий из платформы InMode и аппликатора. Аппликатор включает внутренний стержнеподобный электрод (канюлю) длиной 10 см и диаметром 1,3 мм и внешний электрод, объединенные в одну манипулу при помощи рукоятки. Внутренний электрод имеет на конце пулеобразный пластиковый диссектор для защиты тканей от перегрева. Внешний электрод имеет достаточно крупный диаметр для рассеивания энергии на поверхности кожи во избежание термического повреждения. Плотность потока радиочастотной энергии выше вокруг меньшего по размеру внутреннего электрода, радиочастотная энергия передается по градиенту с кончика внутреннего электрода по направлению к внешнему электроду. Под воздействием радиочастотной энергии происходит термическая коагуляция коллагеновых волокон, сосудистой и жировой ткани, а также расплавление жира. Поступление RF-энергии к внешнему электроду сопровождается некоагуляционной стимуляцией неколлагеногенеза на уровне дермы.

Как внешний, так и внутренний электрод имеют встроенные датчики температуры, которые автоматически контролируют термическое воздействие. Диапазон критических значений температурного показателя отключения внутреннего электрода составляет 50–70 °С, а диапазон критических значений температурного показателя отключения внешнего электрода — 35–43 °С. При достижении заданной температуры происходит прекращение подачи радиочастотного тока к электроду. Дополнительные меры безопасности, обеспечиваемые датчиками внутреннего электрода, включают контроль скорости повышения температуры, сопротивления ткани, а также звуковую обратную связь. Быстрое повышение температуры или слишком резкие изменения сопротивления тканей приводят к автоматическому отключению подачи RF-энергии. Глубина обработки регулируется путем изменения расстояния между двумя электродами.

РАЗМЕТКА ОБЛАСТИ КОРРЕКЦИИ И ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

Предпроцедурная разметка включала 5 зон обработки: треугольную зону над краем нижней челюсти с обеих сторон и 3 треугольные зоны шеи (2 боковые и 1 центральную). Линия, проходящая на 0,5 см выше и ниже границы нижней челюсти, разделяла зоны обработки лица и шеи соответственно. Верхняя граница зоны обработки обозначалась линией, проведенной от мочки уха к нижней трети носогубной складки. Медиальная граница над нижней челюстью доходила до вертикальной линии, спускающейся от латерального края глазницы. Нижняя граница доходила до 2-й поперечной складки шеи (**рис. 1**).



Область коррекции инфильтрировали модифицированным тумесцентным раствором Клейна (50 мл 1% лидокаина, 50 мл 0,9% физиологического раствора и 0,5 мг эпинефрина, 1 : 1000) с помощью канюли 14G размера через 3 канала доступа: 2 располагаются под мочками ушей и 1 субментально (**рис. 1**). Каждая зона обработки инфильтрировалась 20 см³ тумесцентного раствора для достижения достаточного тургора. Стерильный ультразвуковой гель применялся для улучшения RF-контакта и скольжения электрода. Показатели температуры отключения: 39 °С для внешнего электрода и 69 °С для внутреннего электрода.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА

Для осуществления термокоагуляции целевых тканей лица и шеи посредством биполярной радиочастотной технологии с контролируемой температурой воздействия манипула аппликатора вводится через специальные каналы доступа. Внутренний электрод-канюля вводится через подкожный слой в плоскость под SMAS, а внешний электрод скользит по поверхности кожи в тандеме с внутренним. Радиочастотная энергия при мощности 20 Вт подается ретроградным линейным способом, пока не будет достигнута заданная внутренняя температура отключения. Последовательная веерообразная техника обработки обеспечивает охват всей предварительно отмеченной зоны коррекции. Электрический ток течет от кончика канюли к внешнему электроду, оказывая ограниченное термическое воздействие и равномерный нагрев. Внутренняя канюля коагулирует и расплавляет подкожный жир и одновременно сокращает глубокие слои содержащих коллаген тканей. Количество радиочастотной энергии, доставляемой для каждой зоны, составляет 1,5–2 кДж.

ПОСТПРОЦЕДУРНЫЙ УХОД

Пациентам надлежало в течение первых трех дней применять лицевую повязку, а также посещать лимфодренажный массаж на 1-й и 2-й нед после процедуры.

ОЦЕНКА ДОСТИГНУТЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

Чтобы объективно оценить эффективность метода RFTC, при помощи ультразвукового исследования были измерены толщина и эхогенность 1–5-го слоев в 3 анатомических точках на исходном уровне и через 6 нед после процедуры.

1. Нижняя часть лица — датчик (линейный датчик GE 12L-RS) располагался вдоль вертикальной линии, спускающейся от латерального края глазницы перед жевательной мышцей.

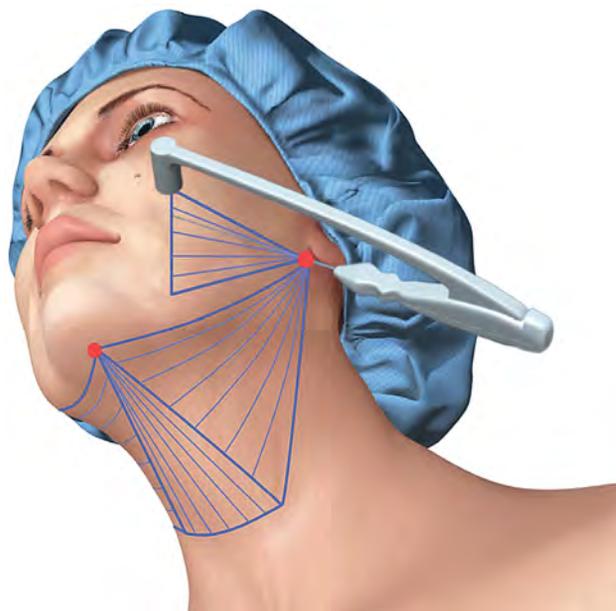


Рис. 1. Предпроцедурная разметка области коррекции. Область нижней трети лица и шеи разделяют на 5 треугольных зон обработки: треугольную зону над краем нижней челюсти с обеих сторон и 3 треугольные зоны шеи (2 боковые и 1 центральную). Каналы доступа (обозначены красным) включают 2 канала под мочками ушей и 1, расположенный субментально

2. Латеральная поверхность шеи — вдоль боковой границы подкожной мышцы шеи, с размещением краниальной части датчика на один палец ниже угла нижней челюсти, что соответствует расположению шейных поддерживающих связок [13].
3. Субментальная область — датчик располагался горизонтально на половине расстояния между низшей точкой подбородка и подъязычной костью.

Эти анатомические ориентиры (например, латеральный край глазницы, угол нижней челюсти, низшая точка подбородка и подъязычная кость) были выбраны в качестве контрольных точек, чтобы избежать потенциальной погрешности измерений.

Изображения и измерения были получены в ходе ультразвукового исследования, проведенного сертифицированным рентгенологом с использованием ультразвукового аппарата GE Voluson E. Система обеспечивает 4D-качество изображений, двойной режим (B/BC) в реальном времени и автоматическую функциональную визуализацию. Все изображения были получены из одних и тех же 3 анатомических точек. Толщина лицевых слоев 1–5 в каждой из 3 точек измерялась в сантиметрах до и через 6 нед после процедуры.

Для оценки эхогенности лицевых слоев (1–5) подсчитывалось количество пикселей ультразвуковых изображений, полученных и обработанных с помощью анализа изображений с использованием приложения на основе Matlab (The Mathworks, Натик, Массачусетс). Этот утвержденный метод измеряет эхогенность по числовой шкале от 0 (неэхогенный) до 255 (максимальная эхогенность) [14]. Высокоэхогенные пиксели (High echogenic pixels, HEP) с показателем эхогенности 170–255 были зарегистрированы для каждой из 3 точек до и через 6 нед после процедуры. Увеличение количества HEP коррелирует с увеличением эхогенности.

Что касается эхогенности, гиперэхогенные сигналы отражают волокна коллагена тканей лица, тогда как гипозэхогенные сигналы исходят от внеклеточного матрикса, который находится между волокнами коллагена и подкожно-жировым слоем. Таким образом, постпроцедурное повышение эхогенности в слоях 1–5 свидетельствует о процессе неоколлагеногенеза, индуцированного устройством RFTC. Было собрано 12 наборов данных: толщина до и после операции, а также эхогенность в 3 вышеупомянутых анатомических точках.

Клинический результат / эффективность оценивали 2 независимых врача (пластический хирург и дерматолог) на исходном уровне и через 12 мес после процедуры с использованием утвержденной 5-балльной шкалы для оценки эстетических изменений нижней трети лица [15] и шкалы Мерц для оценки возрастных изменений нижнечелюстной линии [16, 17]. Утвержденная 5-балльная оценочная шкала имела следующую структуру: 1 — небольшое улучшение или его отсутствие (0–10%); 2 — заметное улучшение (10–25%); 3 — удовлетворительное улучшение (25–50%); 4 — хорошее улучшение (50–75%); 5 — отличное улучшение (> 75%). Шкала Мерц для оценки возрастных изменений нижнечелюстной линии: 0 — нет провисания; 1 — легкое провисание; 2 — умеренное провисание; 3 — выраженное провисание; 4 — сильно выраженное провисание. Удовлетворенность клиническим результатом оценивалась через 12 мес самими пациентами по шкале от 1 до 4: 1 — «неудовлетворен», а 4 — «очень доволен». Переносимость

процедуры оценивалась пациентом по шкале от 1 до 4, где 1 — плохая переносимость, а 4 — отличная переносимость. Побочные эффекты также были задокументированы при последующих посещениях.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Для сопоставления исходных (Pre) и постпроцедурных (Post) показателей эхогенности и толщины был использован критерий Уилкоксона. Процент изменения показателя (% изменения) был рассчитан для каждой анатомической точки конкретного пациента следующим образом:

$$\% \text{ изменения} = 100 \times (\text{Post} - \text{Pre}) / \text{Pre}.$$

Средний процент изменений был подсчитан для каждого измерения и анатомической локализации. Уровень значимости был определен как $\alpha = 0,05$. Статистический анализ проводился с помощью SPSS 25.0.

Результаты

Все пациенты завершили участие в исследовании. Средний возраст составлял 60,2 года (от 52 до 76 лет). Измерения толщины и эхогенности представлены в **табл. 1**.

После процедуры RFTC наблюдалось повышение количества НЕР, подсчитанных во всех анатомических точках. Процентное увеличение на участок составило 149% в латеральной области шеи, 78% в нижней трети лица и 60% в субментальной области. Различия между значениями показателей до и после лечения были статистически значимыми ($p = 0,01-0,02$). Подобное увеличение эхогенности свидетельствует об увеличении содержания коллагена в слоях 1–5.

Также после процедуры отмечалось общее уменьшение толщины. Процентное уменьшение толщины на участок составило 16% для латеральной поверхности шеи, 6% для нижней трети лица и 19% для субментальной области ($p = 0,01$). Это уменьшение лежит в основе лифтинг-эффекта за счет снижения содержания жира, сокращения коллагеновой ткани и перестройки коллагеновых волокон.

Среднее улучшение контура нижней трети лица согласно экспертной оценке, составило 3,8 (улучшение на 50–75%). По шкале Мерц для оценки возрастных

Таблица 1. Показатели эхогенности и толщины для слоев 1–5

Параметр		Латеральная поверхность шеи	Нижняя треть лица	Субментальная область
Эхогенность (НЕР)	Pre	4,5 ± 1,7	5,6 ± 2,2	3,2 ± 1,4
	Post	10,6 ± 7,3	9,5 ± 5,7	5,0 ± 2,8
	Изменение	149,3% ± 178,7%	77,7% ± 91,7%	60,3% ± 68,3%
	<i>p</i>	0,01	0,02	0,01
Толщина (см)	Pre	1,7 ± 0,2	1,4 ± 0,1	1,8 ± 0,2
	Post	1,5 ± 0,3	1,3 ± 0,1	1,5 ± 0,2
	Изменение	-16,2% ± 10,3%	-5,8% ± 3,5%	-18,7% ± 10,3%
	<i>p</i>	0,01	0,01	0,01

Таблица 2. Характеристика пациентов и результаты коррекции у 10 женщин, которым выполнялась контурная пластика на глубоком уровне посредством RF-терапии

Пациент	Инициалы	Возраст	Шкала Мерц						Улучшение			Удовлетворенность	Переносимость	Нежелательные реакции
			Исходный показатель			Показатель через 12 мес после процедуры								
			P ₁	P ₂	Ср	P ₁	P ₂	Ср	P ₁	P ₂	Ср			
1	HA	52	3	3	3	2	1	1,5	3	3	3	3	2	н/о
2	HG	76	4	3	3,5	2	1	1,5	4	3	3,5	4	4	н/о
3	MA	63	3	4	3,5	1	1	1	3	3	3	3	3	н/о
4	YL	47	1	2	1,5	1	1	1	4	5	4,5	4	3	н/о
5	NBA	66	4	3	3,5	1	1	1	5	4	4,5	3	3	н/о
6	MC	69	2	2	2	1	1	1	4	5	4,5	4	3	н/о
7	DA	59	3	4	3,5	1	1	1	4	3	3,5	2	3	Отек
8	AZ	61	2	1	1,5	1	0	0,5	4	4	4	4	3	н/о
9	YL	52	3	4	3,5	1	1	1	3	4	3,5	4	3	н/о
10	SH	57	3	3	3	1	1	1	4	4	4	4	4	н/о
Среднее		60,2			2,85			1,05			3,8	3,5	3,3	

Примечание. н/о — не отмечались.

изменений нижнечелюстной линии показатель с 2,85 на исходном уровне снизился до 1,05 через 12 мес после лечения. Таким образом, корреляция между значениями показателей согласно экспертной оценке была значительной и носила умеренный или выраженный характер ($0,60 < r < 0,94$), что указывает на надежность результатов и возможность их усреднить. Переносимость процедуры согласно оценке пациентов составила 3,3, а удовлетворенность — 3,5. Побочные эффекты были минимальными. Характеристики пациентов и результаты терапии показаны в **табл. 2**. Презентация клинических случаев и отдельные результаты ультразвукового исследования, демонстрирующие толщину и экзогенность, представлены на **рис. 2–6**.

Обсуждение

Старение лица представляет собой комплексный процесс, затрагивающий ткани слоев 1–4 (дерма, фиброзные перегородки, SMAS и поддерживающие связки соответственно), которые содержат коллаген, а также жировую ткань. Зависимые от возраста изменения коллагенсодержащих тканей лица (растяжение, фрагментация и ослабление) и лицевых жировых компартментов (перемещение вниз и сдвиг объема вниз внутри самих компартментов) вносят свой вклад в основные признаки старения лица.

Современные нехирургические методы коррекции контуров лица включают лазерную, ультразвуковую и RF-терапию. Технологии, основанные на эффектах радиочастотного тока, эволюционировали от термически индуцированного сокращения коллагена, находящегося только в дерме [3–5], до сокращения

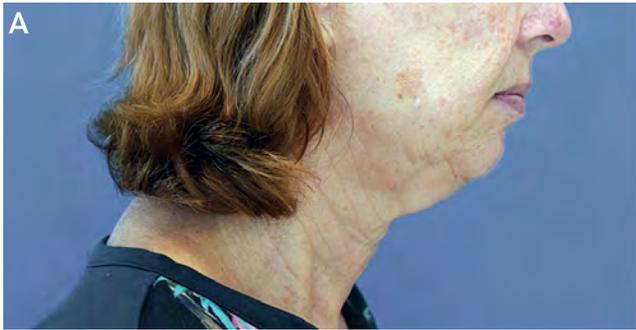


Рис. 2. Пациентка, 65 лет: А — исходное состояние; Б — через 12 мес после терапии. Обратите внимание на улучшение четкости нижнечелюстной линии и шейно-подбородочного угла



Рис. 3. Ультразвуковое изображение латеральной поверхности шеи до (А) и через 6 нед после процедуры (Б), демонстрирующее значительное сокращение и уменьшение толщины 1–5 лицевых слоев (с 1,78 до 1,2 см). На вставках заметно усиление эхогенности лицевых слоев. Количество НЕР, подсчитанное с помощью анализа изображений, составляло 4,2564 до и 10,4887 после операции, что свидетельствует о неоколлагеногенезе, индуцированном устройством RFTC

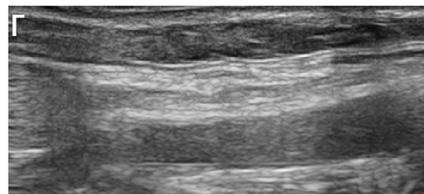
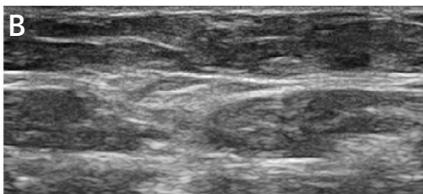
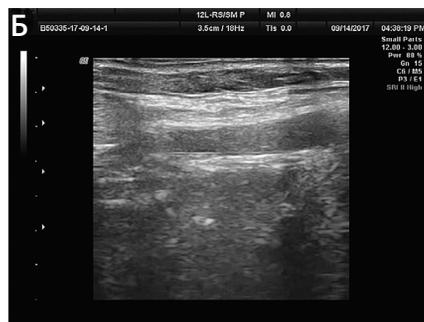
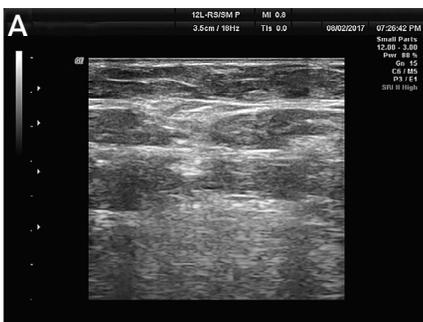


Рис. 4. Ультразвуковое изображение субментальной области до (А) и через 6 нед после процедуры (Б), демонстрирующее заметное уменьшение толщины лицевых слоев (с 1,98 до 1,35 см). Наблюдаются признаки выраженного липолиза, сокращение и перестройка коллагеновой ткани. Расплавленный жир был замещен коллагеновыми волокнами. Количество НЕР изменилось с 4,951 в исходном состоянии (В) до 5,4249 после терапии (Г)

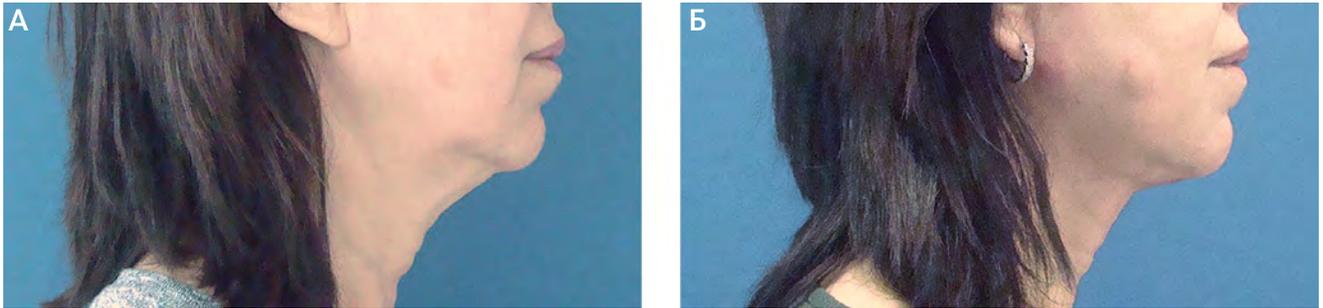


Рис. 5. Пациентка, 56 лет: А — исходное состояние; Б — через 12 нед после процедуры

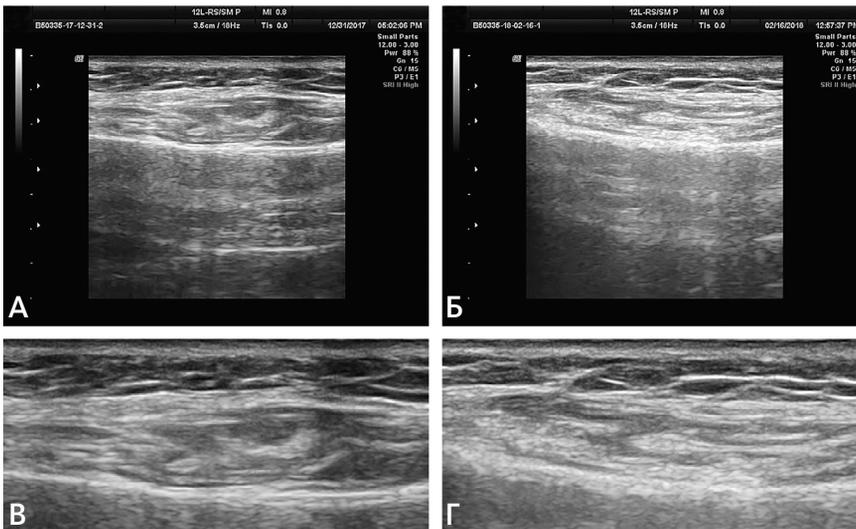


Рис. 6. Ультразвуковое изображение нижней трети средней области щеки до (А) и через 6 нед после процедуры (Б), демонстрирующее более плотно организованную структуру коллагеновых волокон, общее уменьшение толщины (1,34–1,2 см после терапии). Количество НЕР было 8,2058 до (В) и 22,1062 после процедуры (Г)

фибросептальной сети. Таким образом, произошел парадигматический переход от двухмерного горизонтального уплотнения (направленного на улучшение сухости кожи) [2, 5, 18] к трехмерному уплотнению тканей (которое затрагивает глубокие слои тканей, содержащих коллаген) [19]. Новейшая радиочастотная технология — это передача радиочастотной энергии под контролем температуры нагрева тканей с воздействием на коллагеновые волокна, а также жировую ткань. Эта RF-ассоциированная липосакция применялась для коррекции контуров тела [19–21], при этом сообщалось о более выраженном сокращении мягких тканей по сравнению с другими методами липосакции: сокращение на 47% [19] по сравнению с показателем сокращения тканей для лазерного липолиза через 6 мес, равным 17% [22], и показателем для классической липопластики с аспирацией — 6% [23]. В результате происходит лифтинг тканей и липолиз, которые также могут быть применимы для коррекции контура нижней трети лица и шеи матки.

В нашем проспективном исследовании участвовали пациенты, которым впервые с помощью устройства RFTC была проведена коррекция на уровне суб-SMAS. Это также первое когортное исследование, в котором RF-эффект был задокументирован как количественно, так и качественно с помощью ультразвуковых измерений лицевых слоев 1–5 в исходном состоянии и после проведения процедуры. При помощи биполярной технологии стало возможным

целевое термическое воздействие RF-энергии на уровне суб-SMAS с охватом следующих слоев: SMAS, подкожно-жировой ткани и ретикулярная дерма. Суб-SMAS (слой 4) — это, по сути, бессосудистое пространство, содержащее мягкие ткани, поддерживающие связки и ветви лицевого нерва, идущие с глубокого уровня к поверхностному по отношению к определенным ориентирам. Ветви лицевого нерва остаются глубже вместе с глубокой фасцией (слой 5) на латеральной поверхности лица (область, расположенная латеральной по отношению к вертикальной линии, проведенной вниз через наружный край глазной щели). Медиальнее этой линии, в тесной связи с поддерживающими связками, эти ветви пересекают слой 4, иннервируя нижнюю поверхность мимических мышц [1]. Упомянутые анатомические ориентиры были подтверждены результатами многочисленных вскрытий [24, 25]. Верхняя и нижняя щечные ветви подходят к переднему краю жевательной мышцы вместе с верхней и нижней основными жевательными связками соответственно [1, 24]. Краевая нижнечелюстная ветвь проходит через слой 4, пересекая лицевые сосуды на 3,1 мм выше нижней границы нижней челюсти [25]. Следовательно, терапия в суб-SMAS плоскости на латеральной поверхности лица и на расстоянии 0,5 см от нижней границы нижней челюсти, согласно нашей методике, безопасна и исключает нежелательное повреждение лицевого нерва. Безопасность диссекции на уровне суб-SMAS также документально подтверждена для ритидэктомии в глубокой плоскости с частотой временной нейропраксии лицевого нерва 1% и отсутствием стойкого повреждения лицевого нерва. Эти данные согласуются с частотой временной нейропраксии 2,1% зарегистрированной среди 12 000 процедур лифтинга лица [26]. Многослойный объемный нагрев и снижение риска термического повреждения поверхностных слоев лица (например, узлов, уплотнения тканей) — другие предполагаемые преимущества RF-воздействия на уровне суб-SMAS.

Нами приводятся клинические и объективные результаты ультразвукового исследования 10 пациентов после процедуры RFTC. Большинство пациентов достигли значимых клинических улучшений и были очень довольны результатами. Все пациенты отметили отличную переносимость процедуры с минимальными болевыми ощущениями, дискомфортом и отеком, которые разрешились вскоре после процедуры. Наблюдалось значительное усиление экзогенности лицевых слоев 1–5: 149% для латеральной поверхности шеи, 78% — для нижней трети лица и 60% — для субментальной области. Мы предполагаем, что наблюдаемые признаки неоколлагеногенеза являются следствием не только термически индуцированного ремоделирования коллагена в глубоких слоях коллагенсодержащих тканей, но и активной фибробластической реакции, направленной на замещение расплавленной жировой ткани. Полученные при ультразвуковом исследовании изображения продемонстрировали заметно более организованные, компактные, плотно расположенные слои, свидетельствующие о перестройке системы коллагеновых волокон. Эти изменения также могли повлиять на увеличение экзогенности и уменьшение толщины. Также отмечено значительное уменьшение толщины лицевых слоев 1–5. Эти данные свидетельствуют о выраженном уплотнении тканей, являющемся следствием термического сокращения коллагенсодержащей ткани, а также о расплавлении жировой ткани и липолизе.

Настоящее исследование также предоставляет убедительное подтверждение двунаправленного действия инвазивной радиочастотной технологии: уплотнение коллагенсодержащих тканей лица в сочетании с радиочастотным липолизом. Хотя это исследование ограничено небольшим размером выборки, для каждого пациента было собрано 12 наборов объективных данных, а эффективность терапии была объективно оценена путем количественных и качественных ультразвуковых измерений в 3 анатомических точках. Краткосрочный характер наблюдений за изменениями при помощи ультразвукового исследования — еще одно потенциальное ограничение. Тем не менее хорошо известно, что сокращение и уплотнение мягких тканей, вызванное радиочастотным воздействием, продолжает усиливаться с течением времени. Это соответствует нашим клиническим наблюдениям. Необходимы дальнейшие многоцентровые исследования с более длительным периодом наблюдения.

В заключение хотелось бы отметить, что проведение RFTC на более глубоком уровне открывает новые перспективы нехирургического формирования контуров лица и шеи. Данная технология обеспечивает многослойное сокращение коллагенсодержащих тканей, глубокое уплотнение и выраженный липолиз. Представленная в исследовании методика безопасна и эффективна и может рассматриваться в качестве альтернативы хирургическому лифтингу у отдельных пациентов.

Литература

1. **Mendelson B., Wong C.** Anatomy of the aging face. In: Plastic Surgery. Neligan P.C., ed. Vol. 2. 3rd ed. New York: Elsevier Saunders; 2013. pp. 78–92.
2. **Dover J.S., Zelickson B.** 14-Physician Multispecialty Consensus Panel. Results of a survey of 5,700 patient monopolar radiofrequency facial skin tightening treatments: assessment of a lowenergy multiple-pass technique leading to a clinical end point algorithm. *Dermatol Surg* 2007; 33(8): 900–907.
3. **Zelickson B.D., Kist D., Bernstein E., et al.** Histological and ultrastructural evaluation of the effects of a radiofrequency-based nonablative dermal remodeling device: a pilot study. *Arch Dermatol* 2004; 140(2): 204–209.
4. **Mulholland R.S.** Radio frequency energy for non-invasive and minimally invasive skin tightening. *Clin Plast Surg* 2011; 38(3): 437–448.
5. **Mulholland R.S., Ahn D.H., Kreindel M., Paul M.** Fractional ablative radio-frequency resurfacing in Asian and Caucasian skin: a novel method for deep radiofrequency fractional skin rejuvenation. *J Cosmet Dermatol Sci Appl* 2012; 2(3): 144–150.
6. **Rohrich R.J., Pessa J.E.** The retaining system of the face: histologic evaluation of the septal boundaries of the subcutaneous fat compartments. *Plast Reconstr Surg* 2008; 121(5): 1804–1809.
7. **Har-Shai Y., et al.** Mechanical properties and microstructure of the superficial musculoaponeurotic system. *Plast Reconstr Surg* 1996; 98(1): 59–70.
8. **Ghassemi A., et al.** Anatomy of the SMAS revisited. *Aesthetic Plast Surg* 2003; 27(4): 258–264.

9. **Ozdemir R., Kiliç H., Unlü R.E., et al.** Anatomicohistologic study of the retaining ligaments of the face and use in face lift: retaining ligament correction and SMAS plication. *Plast Reconstr Surg* 2002; 110(4): 1134–1147.
10. **Ahn D.H., Mulholland R.S., Duncan D., et al.** Non-excisional face and neck tightening using a novel subdermal radiofrequency thermocoagulative device. *J Cosmet Dermatol Sci Appl* 2001; 1(4): 141–146.
11. **Keramidas E., Rodopoulou S.** Radiofrequency-assisted liposuction for neck and lower face adipodermal remodeling and contouring. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2016; 4(8): e850.
12. **Baker D.C.** Lateral SMASectomy, plication and short scar facelifts: indications and techniques. *Clin Plast Surg* 2008; 35(4): 533–550.
13. **Jacono A.A., Malone M.H.** Characterization of the cervical retaining ligaments during subplatysmal facelift dissection and its implications. *Aesthet Surg J* 2017; 37(5): 495–501.
14. **Gniadecka M., Quistorff B.** Assessment of dermal water by highfrequency ultrasound: comparative studies with nuclear magnetic resonance. *Br J Dermatol* 1996; 135(2): 218–224.
15. **Narins R.S., Carruthers J., Flynn T.C., et al.** Validated assessment scales for the lower face. *Dermatol Surg* 2012; 38(2 Spec No.): 333–342.
16. **Rzany B., Carruthers A., Carruthers J., et al.** Validated composite assessment scales for the global face. *Dermatol Surg* 2012; 38(2 Spec No.): 294–308.
17. **Stella E., Di Petrillo A.** Standard evaluation of the patient: the Merz scale. In: *Injections in Aesthetic Medicine*. Goisis M., ed. Milano, Italy: Springer; 2014.
18. **Alexiades-Armenakas M., et al.** Prospective multicenter clinical trial of a minimally invasive temperature-controlled bipolar fractional radiofrequency system for rhytid and laxity treatment. *Dermatol Surg* 2013; 39(2): 263–273.
19. **Paul M., Blugerman G., Kreindel M., et al.** Three-dimensional radiofrequency tissue tightening: a proposed mechanism and applications for body contouring. *Aesthetic Plast Surg* 2011; 35(1): 87–95.
20. **Hurwitz D., Smith D.** Treatment of overweight patients by radiofrequency-assisted liposuction (RFAL) for aesthetic reshaping and skin tightening. *Aesthetic Plast Surg* 2012; 36(1): 62–71.
21. **Theodorou S.J., Paresi R.J., Chia C.T.** Radiofrequency-assisted liposuction device for body contouring: 97 patients under local anesthesia. *Aesthetic Plast Surg* 2012; 36(4): 767–779.
22. **DiBernardo B.E.** Randomized, blinded split abdomen study evaluating skin shrinkage and skin tightening in laser-assisted liposuction versus liposuction control. *Aesthet Surg J* 2010; 30(4): 593–602.
23. **Duncan I.D.** Nonexcisional tissue tightening creating skin surface area reduction during abdominal liposuction by adding radiofrequency heatings. *Aesthet Surg J* 2014; 33(8): 1154–1166.
24. **Mendelson B.C., Wong C.H.** Surgical anatomy of the middle premasseter space and its application in sub-SMAS face lift surgery. *Plast Reconstr Surg* 2013; 132(1): 57–64.
25. **Huettner F., Rueda S., Ozturk C.N., et al.** The relationship of the marginal mandibular nerve to the mandibular osseocutaneous ligament and lesser ligaments of the lower face. *Aesthet Surg J* 2015; 35(2): 111–120.
26. **Matarasso A., Elkwood A., Rankin M., et al.** National plastic surgery survey: face lift techniques and complications. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106(5): 1185–1195.

Флегонтова Е.А.

Иглы иглам рознь. Зависимость клинического эффекта фракционного RF-термолиза от типа игольчатых электродов

Радиочастотный микронидлинг позволяет воздействовать на дермальный слой, минимизируя термическое повреждение эпидермиса и сопряженные с этим нежелательные явления в виде рубцов и гиперпигментации. В статье рассмотрена зависимость биологических и клинических эффектов радиочастотного тока от таких характеристик игольчатых электродов, как длина, наличие покрытия, количество и плотность расположения.

Ключевые слова: радиочастотный микронидлинг, микроиглы, Fractora, Morpheus8, радиочастотная вулканизация, технология Burst

Флегонтова Елена Александровна
Кандидат медицинских наук, дерматокосметолог, физиотерапевт, генетический консультант, руководитель обучающих программ в ООО «КИТ Мед», международный тренер INMODE

Одним из наиболее перспективных трендов малоинвазивной эстетической медицины является радиочастотная технология. Радиочастотный (radiofrequency, RF) ток стал незаменимым инструментом почти во всех областях медицины, включая дерматологию, пластическую хирургию и косметологию. Тканевые эффекты, достигаемые с помощью радиочастотной энергии, зависят от приложенной плотности энергии (**табл. 1**) [1].

Одна из модификаций радиочастотной технологии — радиочастотный микронидлинг (radiofrequency microneedling, RFMN). Игольчатые электроды вводятся непосредственно в кожу, таким образом удается снять «ограничение», связанное с роговым слоем, и более интенсивно прогревать глубокие ткани, не опасаясь возникновения ожогов.

RF-ток течет от кончиков положительно заряженных игольчатых электродов к поверхностным отрицательно заряженным электродам, что позволяет оказывать термическое воздействие на целевые слои кожи посредством трех путей теплопередачи:

- проводимость (между нагретым игольчатым электродом и тканью);
- конвекция (между микроиглами и кровью, а также другими жидкостями);
- излучение (дисперсия RF-энергии) [2].

Вокруг игольчатых электродов происходит абляция — локальное удаление ткани с формированием кратера, вокруг кратера располагается зона коагуляции, а далее — зона гипертермии, в которой происходит термическая стимуляция фибробластов (**рис. 1**). После формирования локальных зон повреждения

Таблица 1. Термические эффекты радиочастотного тока на тканевом уровне [1]

Эффект	Характеристика изменений в тканях и область применения
Абляция	Этот эффект основан на термическом испарении ткани и обычно используется для ее разрезания или удаления. Абляция требует очень высокой плотности энергии, позволяющей преобразовать ткань из твердого состояния в пар с минимальным термическим повреждением окружающей ткани. Новое применение RF-абляции — прижигание опухолей
Коагуляция	Коагуляция кровеносных сосудов обеспечивает гемостаз для остановки кровотечения во время операции. Тот же механизм эффективен при лечении сосудистых поражений. Коагуляция также может применяться к мягким тканям, чтобы вызвать некроз, когда немедленное удаление ткани не требуется или нецелесообразно
Сокращение коллагена	Нагрев коллагеновых волокон приводит к преобразованию их третичной структуры, что позволяет изменять форму ткани в медицинских и косметических целях. Немедленное сокращение коллагена происходит при температуре 60–80 °С однако для неинвазивных косметологических процедур этот эффект достигается при более низких температурах во избежание некроза кожи. Из-за более низких температур результат часто менее длительный, по этой причине требуется несколько процедур и больше времени на одну процедуру для получения результатов
Тканевая гипертермия	Нагрев тканей до сверхфизиологических температур широко применяется для стимуляции естественных процессов и, как следствие, — коррекции эстетических дефектов кожи и уменьшения толщины подкожно-жирового слоя. Подобный нагрев не сопровождается коагуляцией и способен стимулировать синтез коллагена фибробластами и изменение метаболизм адипоцитов в сторону липолиза

в коже запускается процесс регенерации и ремоделирования [3].

Поскольку различные анатомические зоны имеют характерные структурные и функциональные особенности, при использовании такого мощного метода коррекции, как радиочастотный микронидлинг залогом эффективности и безопасности может служить индивидуальный выбор параметров воздействия.

Аппараты для RF-микронидлинга по своему устройству различаются типом, количеством и длиной игольчатых электродов, а также плотностью их расположения. Выбор конкретного типа игольчатых электродов и плотности их расположения зависит от степени солнечного эластоза, профиля морщин и намеченного эффекта лифтинга и уплотнения.

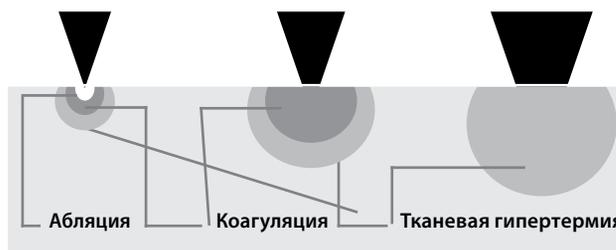


Рис. 1. Термические эффекты радиочастотного тока в тканях при радиочастотном микронидлинге [1]

Изолированные и неизолированные микроиглы — конкуренты или коллеги?

Существуют 2 типа игольчатых электродов для RF-приборов:

- неизолированные микроиглы (без покрытия) — передают RF-энергию по всей своей длине;
- изолированные микроиглы (с силиконовым покрытием проксимальной части электрода) — испускают ток только на кончике (табл. 2).

Таблица 2. Характеристика изолированных и неизолированных игольчатых электродов [4]

Неизолированные микроиглы	Изолированные микроиглы
<ul style="list-style-type: none"> ■ Игольчатые электроды без покрытия приводят к выраженной эпидермальной термической абляции с формированием кратера. ■ Ремоделирование повреждения по продолжительности и исходу аналогично таковому после воздействия CO₂-лазера 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Микроиглы, проксимальная часть которых имеет силиконовое покрытие, позволяют создать входной канал через эпидермис без термического повреждения и уже непосредственно воздействовать на сосочковый и ретикулярный слои дермы аблятивной фракционной энергией, вызывая сокращение дермы. ■ Покрытие проксимальной части электрода защищает эпидермально-дермальное соединение от термического повреждения и обеспечивает агрессивное повреждение и ремоделирование глубоких слоев дермы без риска поверхностных ожогов, гипопигментации и рубцевания. ■ Таким образом, изолированные микроиглы характеризуются «слабовыраженным эпидермальным воздействием», благодаря чему они служат инструментом для глубокого уплотнения тканей и коррекции глубоких морщин и рубцов

СУЩЕСТВУЕТ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РЕАКЦИИ ТКАНИ НА ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ. 37–44 °С – УСКОРЕНИЕ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ И ДРУГИХ ЕСТЕСТВЕННЫХ ПРОЦЕССОВ. 44–45 °С – КОНФОРМАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ БЕЛКОВ, ВКЛЮЧАЯ КОЛЛАГЕН, ГИПЕРТЕРМИЧЕСКАЯ ГИБЕЛЬ КЛЕТОК. 60–70 °С – ДЕНАТУРАЦИЯ БЕЛКОВ, КОАГУЛЯЦИЯ КОЛЛАГЕНА, МЕМБРАН КЛЕТОК, ГЕМОГЛОБИНА, СОКРАЩЕНИЕ КОЛЛАГЕНОВЫХ ВОЛОКОН. 90–100 °С – ОБРАЗОВАНИЕ ВНЕКЛЕТОЧНЫХ ВАКУОЛЕЙ, ИСПАРЕНИЕ ЖИДКОСТЕЙ. СВЫШЕ 100 °С – ТЕРМИЧЕСКАЯ АБЛЯЦИЯ, КАРБОНИЗАЦИЯ [1].

Wootten S. и соавт. исследовали термические эффекты RF-тока на гистологическом уровне при частотах 1 и 2 МГц и использовании изолированных и неизолированных игольчатых электродов [2]. Оценка электрокоагуляционного эффекта проводилась на свиньях на коже в области спины, которая была разделена на отдельные зоны и обработана при помощи RF-аппарата с разными параметрами воздействия: изолированные или неизолированные микроиглы, уровни мощности, глубина проникновения (длина игл), частота 1 или 2 МГц. Через час после обработки осуществлялась пункционная биопсия 3–5 мм ткани из каждой зоны. Также были взяты контрольные образцы интактной ткани.

Гистологическая картина свидетельствовала о термическом повреждении ткани в месте введения иглы во всех случаях, вместе с тем сам характер повреждения отличался у изолированных и неизолированных игл. При использовании неизолированных игольчатых электродов область электрокоагуляции в целом была больше, чем у изолированных, в том числе было более заметным поверхностное термическое повреждение на уровне эпидермиса. Данный эффект можно объяснить рассеиванием энергии по всей длине неизолированной иглы, в то время как у изолированной зона термического повреждения локализовалась вблизи «открытого» конца. При этом форма области электрокоагуляции возле конца изолированной иглы варьировала при разных частотах: при частоте 2 МГц зона коагуляции была более узкой и имела столбчатую форму, а при 1 МГц — более широкой и шарообразной.

Авторы исследования выявили еще несколько практически ценных закономерностей, которые свидетельствуют о необходимости оптимизации параметров (частота, мощность) для каждого типа игольчатых электродов, в частности:

- область термического повреждения, формирующаяся у конца неизолированной иглы, зависит от мощности, при этом на частоте 1 МГц данная область будет больше, чем при частоте 2 МГц;
- изолированная игла при частоте 2 МГц вызывает гистологические изменения, сопоставимые с теми, что вызывает неизолированная игла при частоте 1 МГц.

Данное исследование также продемонстрировало, что радиочастотное тепло рассеивается не сразу, а через несколько секунд после воздействия.

Это говорит о необходимости делать достаточные временные перерывы между подачей на аппликатор энергии и об осторожности в случае перекрывания полей обработки, чтобы предотвратить объемный нагрев.

Таким образом, в зависимости от поставленной терапевтической цели выбор параметров воздействия позволяет использовать изолированные и неизолированные игольчатые электроды как эффективные и взаимодополняющие инструменты коррекции.

Длина и плотность расположения игольчатых электродов как детерминанты клинических эффектов RF-микронидлинга

Zheng Z. и соавт. продемонстрировали зависимость термических эффектов радиочастотного тока на тканевом уровне от длины игольчатых электродов. Авторы осуществили процедуру RF-микронидлинга на коже свиньи *in vivo* с глубиной проникновения 0,5, 1,0, 1,5, 2,0, 2,5 и 3,5 мм, продолжительностью RF-воздействия 20, 50, 100 и 1000 мс и уровнем энергии 5,0, 10,0, 20,0, 25,0, 37,5 и 50,0 В [5]. Согласно полученным результатам, длина игольчатых электродов оказала значимое влияние на высоту столбиков коагуляции и объем коагулированной ткани (рис. 3). Важным параметром, определявшим объем коагулированной ткани и степень деструкции, являлось время проведения RF-тока. На рис. 4 представлен гистологический образец, полученный после осуществления RF-микронидлинга при использовании микроигл с разной длиной: для зоны введения игольчатого электрода с большей длиной характерна большая площадь коагуляции ткани на уровне дермы.

Согласно выводам авторов, зависимость объема термического повреждения от длины игольчатых электродов является результатом различных значений импеданса дермальных структур. В предшествующих исследованиях были продемонстрированы значительные различия в импедансе и диэлектрической проводимости между сосочковым и ретикулярным слоем дермы, а также подкожно-жировой

НАИБОЛЬШАЯ ТОЛЩИНА ЭПИДЕРМИСА, ДЕРМЫ И КОЖИ В ЦЕЛОМ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, А ТАКЖЕ НИЖНЕЙ БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ НОСА, НАИМЕНЬШАЯ ТОЛЩИНА ЭПИДЕРМИСА – ДЛЯ КОЖИ ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ УШНОЙ РАКОВИНЫ, НАИМЕНЬШАЯ ТОЛЩИНА ДЕРМЫ И НАИМЕНЬШАЯ ОБЩАЯ ТОЛЩИНА КОЖИ – ДЛЯ МЕДИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ВЕРХНЕГО ВЕКА (РИС. 2) [8].

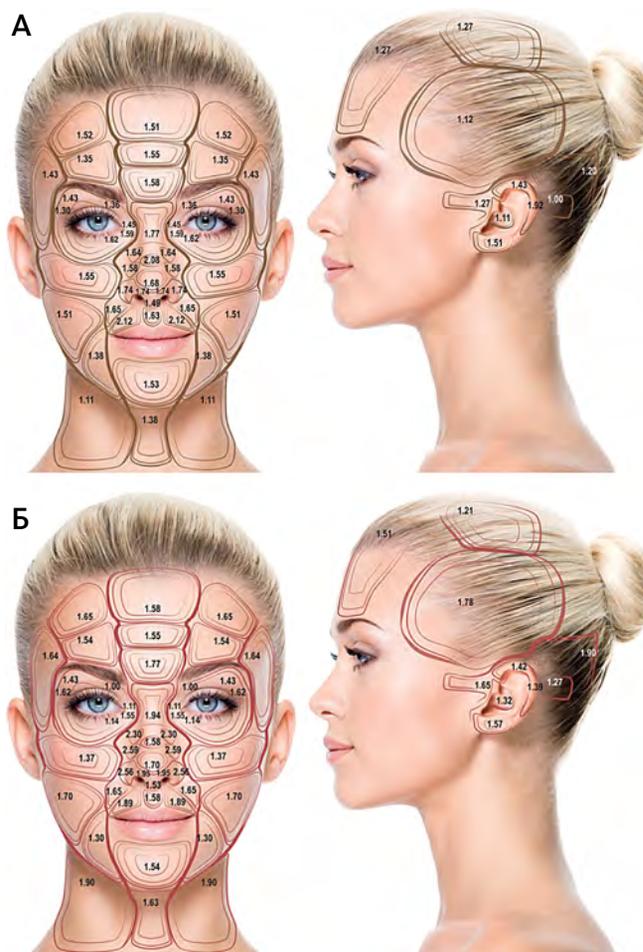


Рис. 2. Относительная толщина эпидермиса (А) и дермы (Б), рассчитанные как отношение толщины исследуемого слоя в конкретной области к наименьшему показателю толщины (принят за единицу) [8]

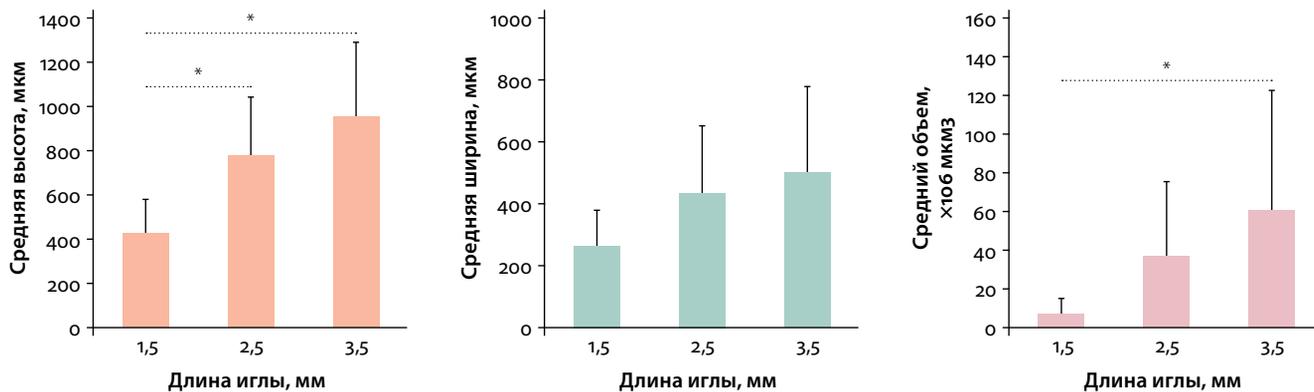


Рис. 3. Зависимость высоты, ширины и объема зоны коагуляции от длины игольчатых электродов [5]

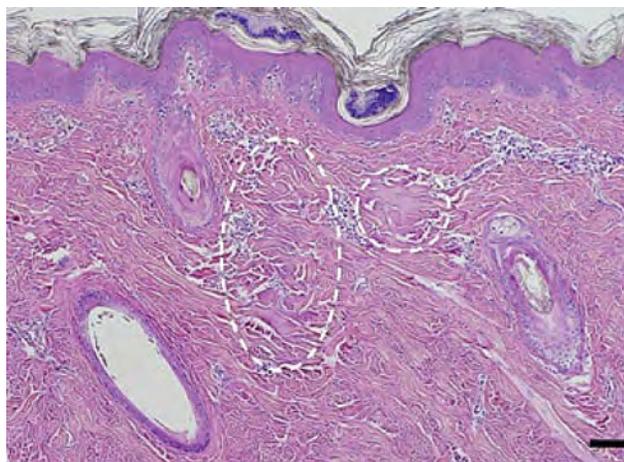


Рис. 4. Зоны коагуляции после воздействия игольчатыми электродами со следующими значениями длины электрода, уровня энергии и времени RF-проведения соответственно: 2 мм, 10 В, 50 мс (область внутри правого овала); 3,5 мм, 20 В, 100 мс (область внутри левого овала) [5]

клетчаткой [6]. Как правило, более низкий импеданс и более высокая диэлектрическая проницаемость поверхностного сосочкового слоя дермы обуславливают меньшую по размеру, но более концентрированную зону термического повреждения, вызванного радиочастотным током, по сравнению с ретикулярной дермой и подкожно-жировым слоем [6, 7].

Термические эффекты также зависят от плотности ткани. Более плотная ткань у молодых людей лучше прогревается, чем более рыхлая ткань у пожилых. Поэтому при выборе оптимальной длины игл и мощности надо ориентироваться не только на толщину кожи в данной зоне, но и на ее плотность.

Устройства, которые допускают изменение длины иглы, имеют преимущество, поскольку для работы с различными областями лица и тела может потребоваться различная глубина проникновения игл: в себорейных зонах с выраженной жировой тканью необходимо обеспечить воздействие на более глубоком уровне по сравнению с областью лба или перикулярной областью.

Важным фактором, определяющим термические изменения тканей, является также плотность расположения микроигл аппликатора. Меньшая плотность игл используется для ремоделирования и омоложения кожи при начальных и умеренных возрастных изменениях. Большая плотность игл обеспечивает высокую плотность потока энергии и предназначена для работы с пациентами, имеющими выраженный поверхностный солнечный эластоз и мимические морщины [4].

Радиочастотный дизайн мягких тканей от Fractora и Morpheus8

Для эффективной и безопасной коррекции эстетических дефектов и омоложения кожи необходимо учесть индивидуальные особенности пациента, морфофункциональные характеристики области предстоящей коррекции, а также выраженность и глубину расположения патологических изменений.

Радиочастотная технология легла в основу создания аппаратов, конструктивные особенности которых позволяют охватить широкий спектр показаний благодаря возможности выбора параметров воздействия в соответствии с клинической картиной.

Компания InMode Aesthetic Solution (Израиль) продолжает быть инноватором в направлении RF и выпустила игольчатые насадки последнего поколения для фракционного RF-воздействия — Fractora и Morpheus8.

СИСТЕМА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ДЕРМЫ FRACTORA

Fractora представляет собой фракционную RF-систему дермального ремоделирования. Аппликатор оснащен насадками с различной плотностью расположения, длиной и различным типом игольчатых электродов — позолоченных игл из нержавеющей стали.

Выбор конкретного наконечника для процедуры зависит от степени эластоза, выраженности морщин и намеченного эффекта лифтинга и уплотнения. Можно классифицировать наконечники семейства Fractora в зависимости от наличия покрытия у игл (с покрытием и без покрытия), а также по длине игл (средние дермальные и трансдермальные иглы) (табл. 3; рис. 5, 6) [4]. Наконечники Fractora можно менять в ходе процедуры с учетом конкретных дефектов кожи пациента.

Все вышеупомянутые наконечники с 24 и 60 иглами без покрытия оказывают тепловое воздействие на эпидермис. При правильном выборе настроек эпидермально-дермальная абляция может привести к выраженному улучшению текстуры, уменьшению морщин и уплотнению кожи [4].

Таблица 3. Характеристика насадок Fractora [4]

Количество микроигл	Длина микроигл, мкм	Наличие покрытия	Механизм и назначение
60	600	Без покрытия	Универсальное устройство для ремоделирования и омоложения при начальных и умеренных возрастных изменениях кожи. Насадка предназначена для обработки больших участков и обеспечивает большую площадь повреждения поверхности с минимальной глубиной абляции
24	3000	Без покрытия	Радиочастотная энергия подается по всей длине электродов и распределяется по эпидермису и дермальному слою. Трансдермальная абляция обеспечивает выраженное уплотнение кожи и устранение морщин
24	3000	С силиконовым покрытием	Ремоделирование глубоких слоев дермы без риска чрезмерных поверхностных аблятивных повреждений, нарушений пигментации и рубцевания. Предназначена для коррекции глубоких рубцов от угревой сыпи, глубоких мимических морщин, таких как периоральные линии курильщиков («штрих-коды»), морщин и дряблости нижнего века, а также малярных мешков

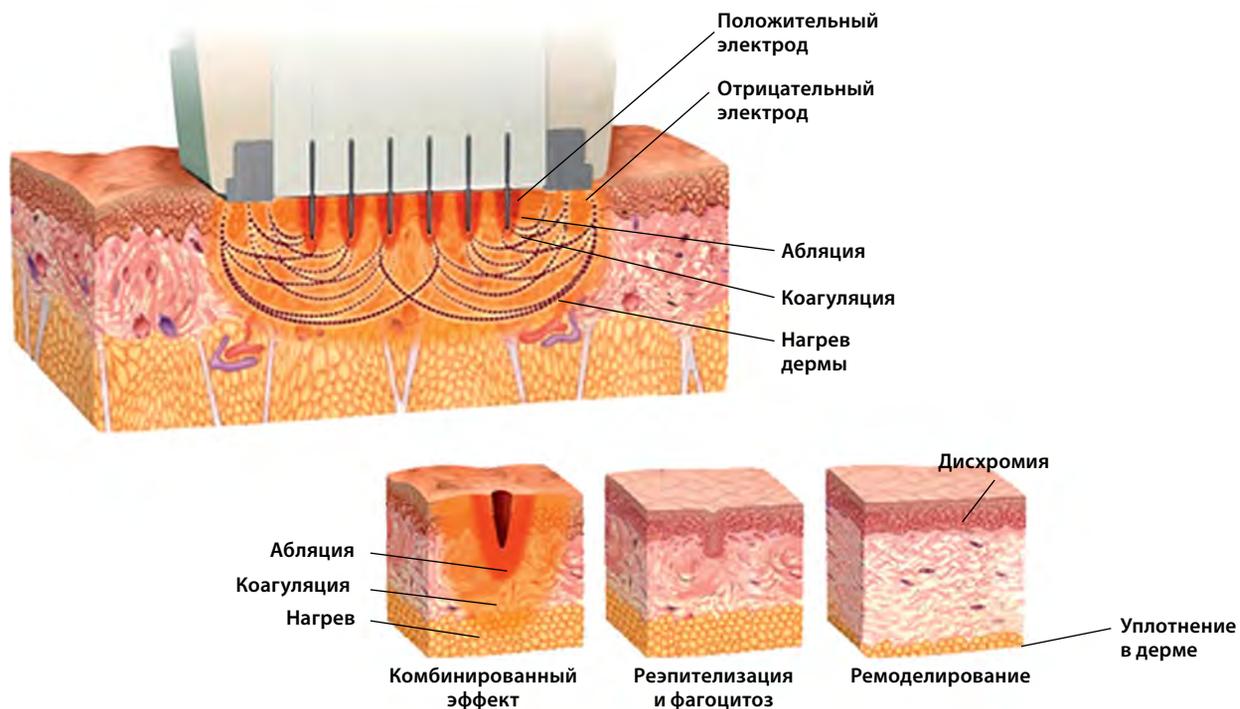


Рис. 5. Механизм действия Fractora. Положительно заряженные игольчатые электроды создают эпидермальный и дермальный абляционный кратер с 3-мя зонами термического профиля. Радиочастотная энергия в конце абляции перемещается к удаленным, отрицательно заряженным боковым электродам, что приводит к неаблятивному RF-опосредованному ремоделированию и подтяжке кожи

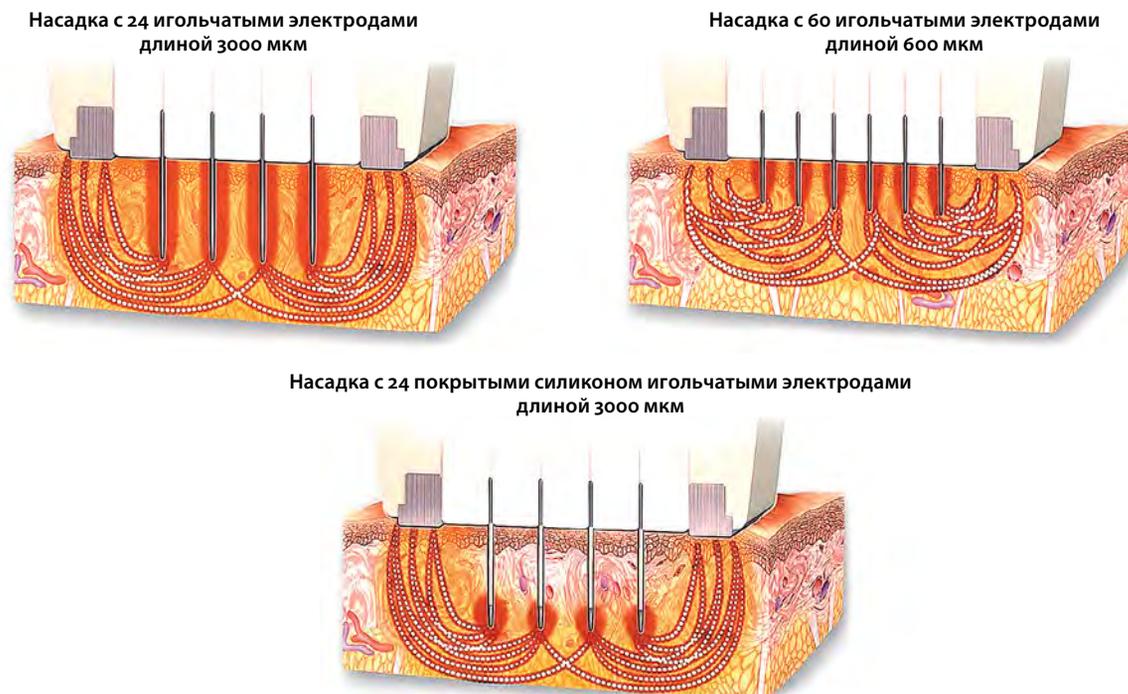


Рис. 6. Разновидности насадок аппликатора Fractora [4]

MORPHEUS8 — ИНСТРУМЕНТ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ДЕРМЫ И ПОДКОЖНО-ЖИРОВОГО СЛОЯ

Инновационная технология Morpheus8 предоставляет широкие возможности для лифтинга, уплотнения, формирования контуров мягких тканей лица и тела.

В отличие от Fractora аппликатор Morpheus8 действует на более глубоком уровне и обеспечивает лифтинг кожи, в том числе за счет сокращения и уплотнения подкожно-жирового слоя.

Morpheus8 представляет собой комплекс из 24 игольчатых электродов на одноразовом наконечнике. Каждая микроигла окружена возвратным электродом, что обеспечивает равномерное прогревание в зоне обработки.

Игольчатые электроды на 80% проксимально покрыты силиконом, а дистальный испускающий RF-ток кончик не имеет покрытия. Одна и та же насадка обладает разной глубиной проникновения игольчатых электродов в кожу. Глубина пенетрации может быть установлена на 2 мм (периокулярная область), 3 мм (лицо) и 4 мм (тело), количество испускаемой с кончика микроигольчатого электрода RF-энергии лежит в пределах 10–62 мДж на микроиглу.

Для индукции субдермального и дермального ремоделирования больших зон тела, таких как живот, ягодицы и бедра, была специально разработана новая насадка Morpheus8 Body. Это первая интеллектуальная программируемая фракционная технология коррекции любой области тела, обеспечивающая клинически подтвержденную передачу радиочастотной энергии на глубину до 8 мм (глубина проникновения игольчатого электрода 7 мм + дополнительная зона термического воздействия 1 мм) при помощи матрицы из 40 игольчатых электродов с золотым покрытием, что предотвращает окисление металлического проводника, а также уменьшает налипание на него органических веществ — продуктов коагуляции.

Morpheus8 Body является первой и единственной одобренной FDA технологией, позволяющей проникать на субдермальный уровень с глубиной термического воздействия до 8 мм. Меньшая плотность расположения микроигл снижает механическое повреждение и усиливает термический эффект: на один игольчатый электрод приходится в 5 раз больше энергии.

Во время процедуры микроиглы вводятся на заданную глубину и достигают уровня гиподермы. Затем к жировой ткани подается RF-ток, который нагревает жировую ткань до 70 °С (рис. 7). Под воздействием RF-энергии между молекулами коллагеновых волокон соединительнотканых перегородок (септ) жировой ткани образуются поперечные связи. В результате происходит укорочение горизонтальных, косых, вертикальных соединительнотканых волокон фибросептальной сети (ФСС), которые

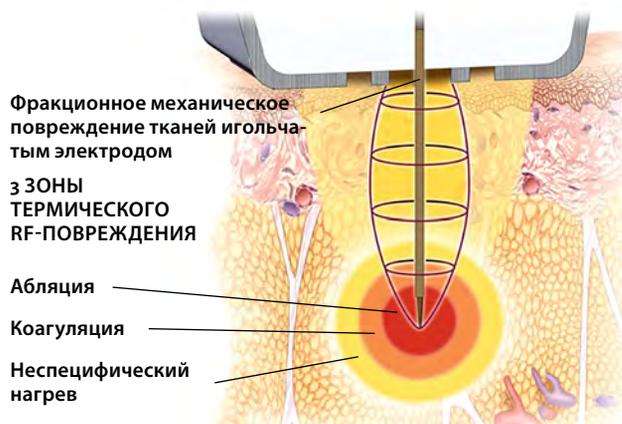


Рис. 7. Поток RF-энергии через единственный игольчатый электрод во время RF-ремоделирования Morpheus8 [4]

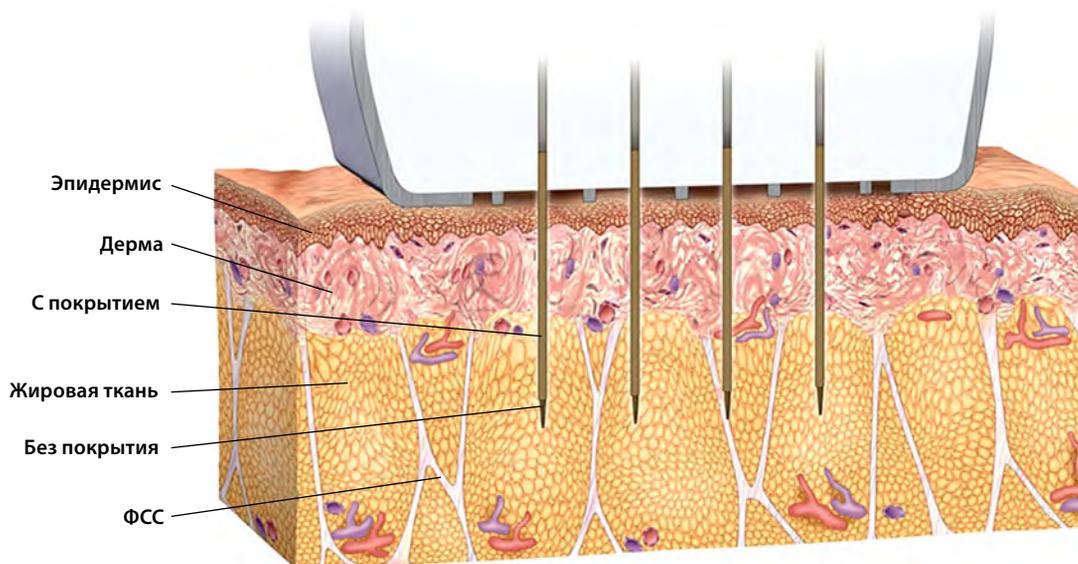


Рис. 8. Механизм действия Morpheus8. Положительно заряженные кончики микроигл с силиконовым покрытием вводятся через кожу в поверхностную жировую ткань. Кожа и эпидермально-дермальное соединение защищены силиконовым покрытием [4]

СИЛА ПРИЛОЖЕНИЯ RF-ЭНЕРГИИ MORPHEUS8 НАПРАВЛЕНА В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ НА СОКРАЩЕНИЕ ФИБРОСЕПТАЛЬНОЙ СЕТИ И ЖИРОВОЙ ТКАНИ С ДЕЛИКАТНЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ НА ОБЛАСТЬ ЭПИДЕРМАЛЬНО-ДЕРМАЛЬНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ, ЧТО ДЕЛАЕТ ЭТО УСТРОЙСТВО БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ДЛЯ УПЛОТНЕНИЯ ДРЯБЛОЙ КОЖИ И ПОЗВОЛЯЕТ ИЗБЕЖАТЬ МНОГИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЕРМИЧЕСКИХ ФРАКЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.

определяют степень натяжения кожи (**рис. 8**). Это приводит к уплотнению и сокращению ФСС и всего комплекса кожи с подкожно-жировым слоем. Воздействие радиочастотного тока на ФСС напоминает процесс вулканизации — нагрева и обработки натурального каучука, в ходе которого происходит сшивание длинноцепочечных молекул и улучшение подобным образом его физических свойств, таких как эластичность, твердость и прочность. За это сходство воздействие радиочастотной энергии на ФСС также стало обозначаться термином «вулканизация», а технология была запатентована компанией InMode как технология радиочастотной вулканизации Burst. Сокращение ФСС обеспечивает значительное уплотнение мягких тканей и устранение вышележащих морщин, неровного рельефа кожи, пор, даже растяжек и рубцов постакне.

RF-поток далее идет обратно — вверх по игольчатому электроду к отрицательно заряженному внешнему ромбовидному электроду, нагревая дерму, что является сигналом для запуска процессов неоколлагеногенеза и неэластигенеза.

Оптимального укорочения ФСС и объемной коагуляции жировой ткани можно достичь благодаря введению игольчатых электродов на разные уровни поверхностной, субдермальной жировой ткани за несколько проходов (**рис. 9**).

Проникновение игольчатого электрода через эпидермис и дерму в жировую ткань представляет собой нетермическое фракционное повреждение, не требующее продолжительного восстановительного периода в сравнении со световой фракционной абляцией, что делает Morpheus8 более безопасным при работе с темными фототипами кожи.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ ВЕРТИКАЛЬНОЕ И ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ ФРАКЦИОННОЕ RF-РАЗГЛАЖИВАНИЕ И ФСС-ОПОСРЕДОВАННОЕ СОКРАЩЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

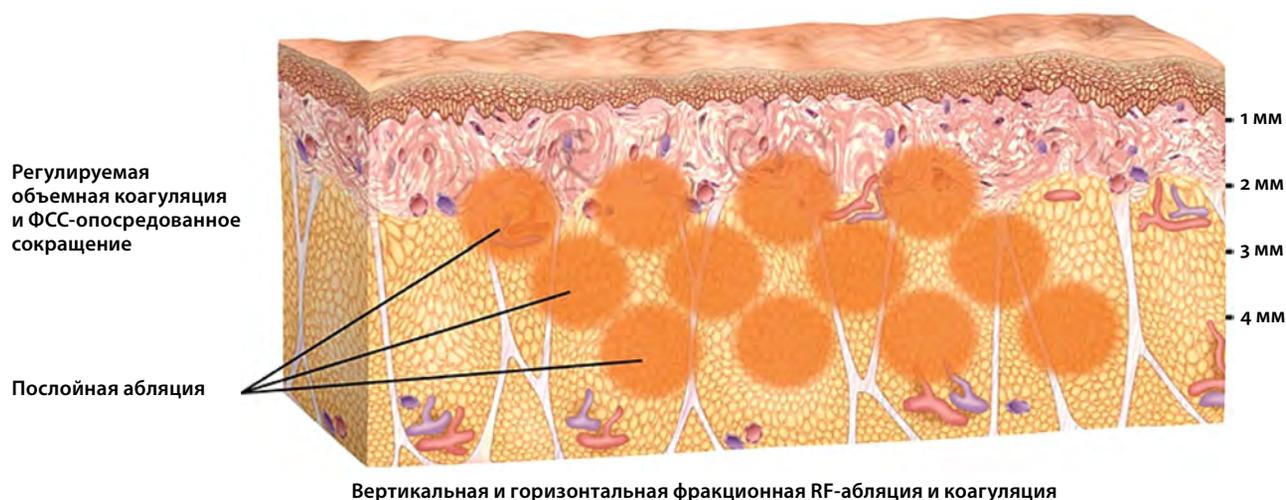


Рис. 9. При использовании Morpheus8 выполнение нескольких проходов (2–3) на разной глубине приводит к более выраженному уплотнению кожи и ремоделированию дермы [4]

Сила приложения RF-энергии Morpheus8 направлена в большей степени на сокращение ФСС и жировой ткани с деликатным воздействием на область эпидермально-дермального сочленения, что делает это устройство более эффективным для уплотнения дряблой кожи и позволяет избежать многих осложнений термических фракционных технологий.

В рамках нехирургического лифтинга Morpheus8 может быть применен в области шеи, лица, бровей, верхних и нижних век, а также на участках тела с выраженной дряблостью кожи.

Профиль безопасности

При любой медицинской процедуре всегда есть риск нежелательных явлений или осложнений, однако высокотехнологичная внутренняя термическая обратная связь аппликаторов Morpheus8 и Fractora, а также наличие силиконового покрытия минимизируют риск термического повреждения, тем не менее для эффективного и безопасного применения технологии необходим адекватный выбор параметров воздействия в соответствии с клинической картиной.

На участках с очень тонкой кожей, например на шее, после процедуры может наблюдаться «гусиная кожа» в течение нескольких дней. Этот эффект объясняется формированием кратеров, заполненных продуктами абляции тканей. Для рассасывания кратеров требуется время, но они полностью исчезают без следа.

Иногда, особенно на тонкой коже скуловой дуги или на области лба, может происходить поверхностный, не затрагивающий все слои кожи ожог. Подобный частичный ожог совпадает с пространственным расположением одного из

ОСНОВНОЕ
ПРЕИМУЩЕСТВО
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
РАДИОЧАСТОТНОЙ
ЭНЕРГИИ
В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЕ –
ЭТО НИЗКАЯ ИЛИ
НЕЗНАЧИТЕЛЬНАЯ
РЕАКЦИЯ НЕРВОВ
НА ВЫСОКОЧАСТОТНЫЙ
ПЕРЕМЕННЫЙ ТОК
ПО СРАВНЕНИЮ
С БОЛЕЕ НИЗКИМИ
ЧАСТОТАМИ [1].

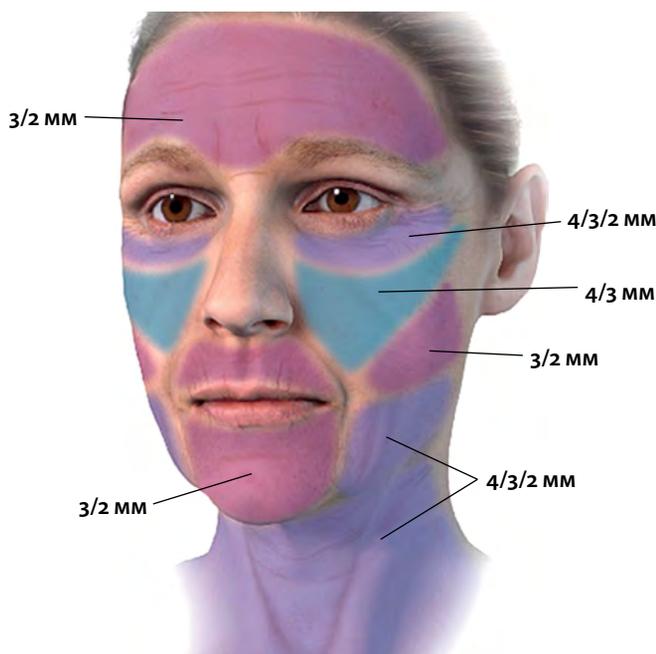


Рис. 10. Параметры работы Morpheus8 подобраны для осуществления обработки области бровей, век, щек, линии подбородка и шеи для омоложения и общего лифтинга лица и шеи [4]

широко разнесенных отрицательных электродов. Это происходит при использовании потока энергии плотностью 25–55 мДж на игольчатый электрод на тонких и плотных участках кожи и, вероятно, при недостаточном внимании к правильному перекрытию зон коррекции [4]. Чтобы избежать частичного ожога на данных участках, следует обеспечить плотное прилегание электродов.

Рекомендуемая глубина пенетрации игольчатых электродов для различных зон лица приведена на **рис. 10**.

Основное преимущество использования радиочастотной энергии в эстетической медицине — это низкая или незначительная реакция нервов на высокочастотный переменный ток по сравнению с более низкими частотами [1]. Хотя у отдельных пациентов при проведении процедуры может наблюдаться легкое подергивание мышц, это скорее связано с реакцией нервных окончаний, иннервирующих мышцы, на боль.

Касательно вопроса инфекционных осложнений, насадки аппликаторов индивидуальные, после процедуры их выбрасывают, однако в ходе обработки на игольчатые электроды

налипают продукты абляции тканей, поэтому их нужно периодически очищать. Для этого подойдет ватная палочка, смоченная хлоргексидином.

Заключение

Любой, даже самый совершенный инструмент, требует умелого обращения. Радиочастотный микронидлинг является высокоинтенсивным методом воздействия и позволяет корректировать широкий спектр патологических изменений кожи, однако для реализации его терапевтического потенциала необходимы глубокие знания основ технологии и индивидуальный подход к выбору параметров воздействия.

Такие характеристики игольчатых электродов, как длина, наличие изоляционного силиконового покрытия, количество и плотность расположения, во многом определяют биологические эффекты радиочастотного тока в тканях и, как следствие, — клинический эффект и риск нежелательных явлений.

В аппаратах Morpheus8 и Fractora реализован весь накопленный опыт применения радиочастотного тока в эстетической медицине — возможность выбора глубины воздействия и ткани-мишени в зависимости от типа игольчатого электрода является неоспоримым преимуществом, превращающим процедуру коррекции в настоящее искусство.

Литература

1. **Lapidoth M., Halachmi S.** Radiofrequency in Cosmetic Dermatology. *Aesthet Dermatol.* Basel, Karger 2015; 2: 1–22.
2. **Wootten S., Zawacki Z.E., Rheins L., et al.** An evaluation of electrocoagulation and thermal diffusion following radiofrequency microneedling using an in vivo porcine skin model. *J Cosmet Dermatol* 2020; 20(4): 1133–1139.
3. **Arnoczky S.P., Aksan A.** Thermal modification of connective tissues: basic science considerations and clinical implications. *J Am Acad Orthop Surg* 2000; 8(5): 305–313.
4. **Малхолланд С.** BodyTite. RF-технологии в эстетической медицине (практическое руководство). М.: ИД «Косметика и медицина», 2020. 328 с.
5. **Zheng Z., Goo B., Kim D.Y., et al.** Histometric analysis of skin-radiofrequency interaction using a fractionated microneedle delivery system. *Dermatol Surg* 2014; 40(2): 134–141.
6. **Hantash B.M., Renton B., Berkowitz R.L., et al.** Pilot clinical study of a novel minimally invasive bipolar microneedle radiofrequency device. *Lasers Surg Med* 2009; 41(2): 87–95.
7. **Trelles M.A., van der Lugt C., Mordon S., et al.** Histological findings in adipocytes when cellulite is treated with a variable-emission radiofrequency system. *Lasers Med Sci* 2010; 25(2): 191–195.
8. **Chopra K., Calva D., Sosin M., et al.** A comprehensive examination of topographic thickness of skin in the human face. *Aesthet Surg J* 2015; 35(8): 1007–1013.

Брагина И.Ю.

Фракционные игольчатые RF-технологии: механизм действия и принципы применения в коррекции эстетических несовершенств

RF-технологии активно используются в эстетической медицине и позволяют эффективно и безопасно решать целый комплекс эстетических задач. В представленной статье рассказывается про разновидности и особенности действия эстетических RF-технологий, основное внимание уделено фракционным RF-устройствам и в частности — аппаратам для RF-микронидлинга. Описаны их технологические особенности, показания и противопоказания к использованию. Кроме того, дан сравнительный анализ основных из имеющихся в настоящий момент на рынке устройств для RF-микронидлинга.

Ключевые слова: омоложение, жировые отложения, липолиз, радиочастотный ток, ультразвук, лазерное излучение

**Брагина
Ирина Юрьевна**

К.м.н., косметолог,
физиотерапевт, геронтолог,
ведущий врач-консультант
УЦ ГК «СпортМедИмпорт»,
Россия, Москва

RF-технологии с игольчатым аппликатором приобретают все большую популярность, поскольку многократно расширяют возможности эстетической медицины. Их применение является эффективным и безопасным способом решения наиболее распространенных эстетических проблем.

В процессе развития технология игольчатого RF-воздействия претерпела массу модификаций. Появление новых разработок позволило усовершенствовать введение игл в ткани, благодаря чему стало возможно обеспечить минимальную болезненность и максимальную эффективность процедур.

RF-технологии: разновидности, воздействие на биоткани

RF-технологии нашли активное применение как в области хирургии, так и в терапевтической практике. Именно терапевтические RF-устройства используются с целью улучшения качественных характеристик кожи и подкожно-жировой клетчатки (уплотнение септ, запуск липолиза с позиции активации β -рецептора фермента липазы).

Основные RF-технологии, которые применяют в эстетической медицине, подразделяются на 3 вида:

- монополярные;
- биполярные;
- мультиполярные.

Их отличия заключаются не только в схемах замыкания электрической цепи, но и в ряде других факторов: плотности концентрации электрических полей на определенном уровне, размерах электродов, глубине проникновения тока в живые ткани.

Принцип действия **монополярной RF-технологии** основан на нагревании ткани с помощью протекания тока между маленьким активным электродом и большим пассивным электродом, расположенным далеко за пределами терапевтической зоны. В ходе процедуры под активным электродом концентрируется большое количество RF-энергии и происходит нагревание области на поверхности эпидермиса, соприкасающейся с ним. В связи с этим требуется охлаждение кожи для предотвращения термального повреждения.

Биполярная RF-технология предполагает протекание тока между двумя активными электродами и нагревание областей кожи, как поверхностных, так и глубоких, расположенных между ними. По аналогии с монополярной технологией наиболее активно нагреваются поверхностные слои кожи. Глубина прогревания зависит от расстояния между электродами. Типичные U-образные нагреватели ограничивают глубину проникновения тепла в ткани.

Мультиполярные RF-технологии по сути являются биполярными, однако на одной манипуле имеется множество электродов, между которыми попеременно включается электрический ток. Поскольку траектория и направление электрического тока в ходе воздействия меняется, это обеспечивает равномерный и более мягкий (в случае неаблятивных параметров) прогрев кожи под манипулой. При этом возможно обеспечить нагревание более глубоких слоев кожи. В **табл. 1** представлены основные характеристики различных RF-технологий.

По мере развития RF-технологий на смену «сплошному» RF-воздействию, которое ограничено рисками возникновения ожогов при попытке значительного прогрева тканей, необходимого для запуска желаемых реакций, пришли фракционные технологии. Данные методы открыли новые возможности в работе с эстетическими несовершенствами.

Фракционные RF-технологии, которые по сути являются мульти(би)полярными, можно разделить на две основные группы в зависимости от типа используемого электрода:

- **неинвазивные (поверхностные).** Электродом служит пластина с выступами, которая в ходе процедуры располагается на поверхности кожи. Ее длина составляет 200–400 мкм. Принципом работы данной технологии является пакетирование энергии для ее безопасной доставки в верхние отделы дермы. Форма раневого канала в результате воздействия на ткани будет иметь трапецевидную форму (**рис. 1**);

Таблица 1. Характеристики различных RF-технологий

	Монополярные	Биполярные	Мультиполярные
Температура в дерме	60–70 °С	50 °С	38–42 °С
Эффекты в дерме	Коагуляция	Стимуляция	Физиологическая стимуляция
Работа с жировой тканью	—	—	Липолиз (неравномерный)
Интервал между процедурами	1 раз в 6–12 мес	1 раз в месяц	1 раз в 7–10 дней
Количество процедур в курсе	1	5	8–10

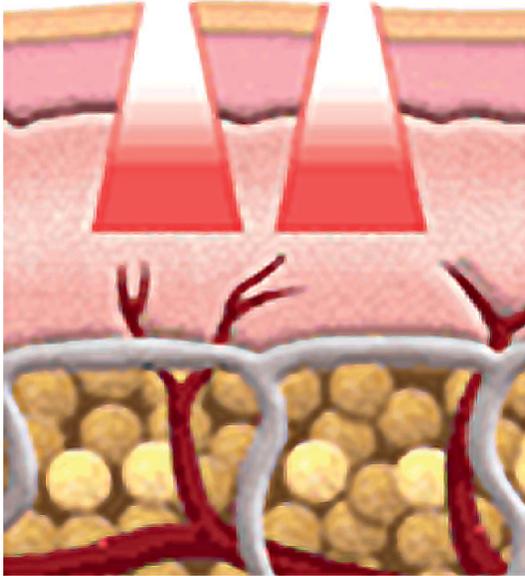


Рис. 1. Схематическая форма раневого канала в результате воздействия на ткани неинвазивного (поверхностного) фракционного RF-устройства

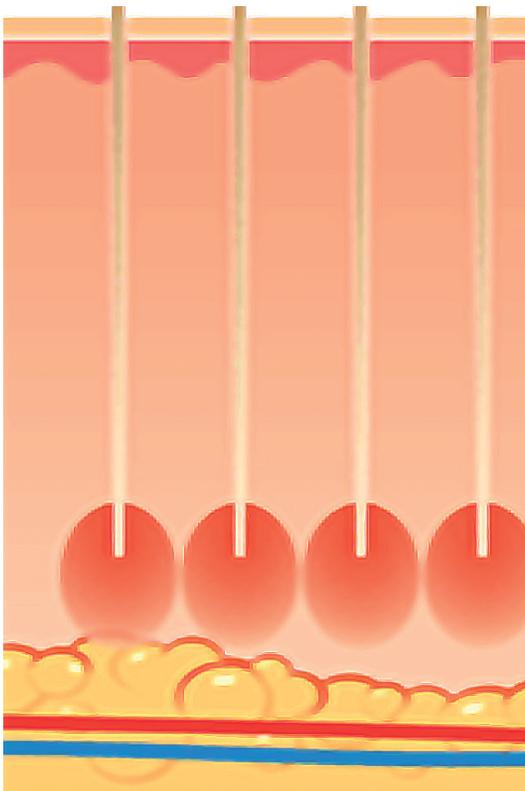


Рис. 2. Схематический вид введения игл фракционного игольчатого RF-устройства

■ **игольчатые.** Электродом выступает игла. Технология игольчатого RF основана на введении иглы в дерму и гиподерму на глубину до 0,5–5 мм с доставкой переменного высокочастотного тока радиочастотного диапазона в ткани по ходу иглы (**рис. 2**).

Травма при использовании игольчатого RF является более жесткой, чем в случае применения неинвазивного RF, поскольку представляет собой механическое повреждение кожи в сочетании с действием электрического тока. В связи с этим именно **игольчатый RF** все чаще становится объектом пристального внимания практикующих специалистов, позволяя успешно решать выраженные эстетические проблемы посредством воздействия на глубокие слои дермы.

Процедуры с использованием игольчатого RF запускают **процессы регенерации** (заживления, восстановления) в поврежденных участках кожи, что сопровождается усилением кровообращения, активацией выработки нового коллагена и эластина, ростом новых сосудов.

Происходит **раздражение нервной системы** многочисленными уколами, которое приводит к выбросу в кровяное русло эндогенных опиатов (эндорфинов, энкефалинов — морфиноподобных веществ), обладающих эйфоризирующим и болеутоляющим действиями.

Наблюдается **рефлексогенное действие**, поскольку раздражение иглами нервных окончаний оказывает воздействие на организм в целом. Раздражение конкретных зон может сказываться на деятельности отдельных систем и органов.

Показания к применению технологии игольчатого RF:

- фото- и хроностарение;
- атрофические повреждения кожи (рубцы постакне, стрии, морщины);
- избыток кожи 20–30%;
- расширенные поры;
- повышенная жирность кожи, гиперфункция сальных желез;
- снижение густоты волос;
- гипергидроз.

Противопоказания к проведению процедур с использованием игольчатого RF:

- беременность и лактация;
- онкологические заболевания;
- наличие кардиостимулятора, дефибриллятора;

- тяжелые нарушения эндокринной системы (сахарный диабет); хронические заболевания в стадии декомпенсации;
- экзема, псориаз, герпес в острой стадии; ряд заболеваний кожи в анамнезе, геморрагическая болезнь, келоидные рубцы;
- нарушения свертываемости крови; прием антикоагулянтов (необходимо прекратить прием не менее чем за 10 дней до процедуры);
- аллергия на металл.

Виды используемых игл

Эстетические процедуры на основе технологии игольчатого RF выполняются с применением **изолированных и неизолированных игл (рис. 3)**. Эффекты в тканях и форма раневого канала при использовании каждого вида игл будут существенно отличаться.

Неизолированные иглы обеспечивают объемный прогрев по всей высоте иглы, т.е. и в эпидермисе, и в глубоких слоях кожи. Данное воздействие требует охлаждения эпидермиса для предотвращения ожога.

Термическое повреждение, формируемое вокруг неизолированной иглы, визуально напоминает бутылку. Толщина иглы, а также сопротивление эпидермиса и дермы разные, поэтому ширина и вид повреждения вокруг иглы будут отличаться от ширины и вида повреждения на ее конце. Это связано с тем, что на конце иглы за счет ее маленького диаметра формируется очень высокая концентрация энергии — в отличие от более равномерного распределения по остальной ее длине. В итоге это приводит к формированию определенной температурной травмы, ширина которой зависит от времени воздействия на ткани. Соответственно, чем более поверхностное введение иглы, тем более выраженным будет повреждение эпидермиса.

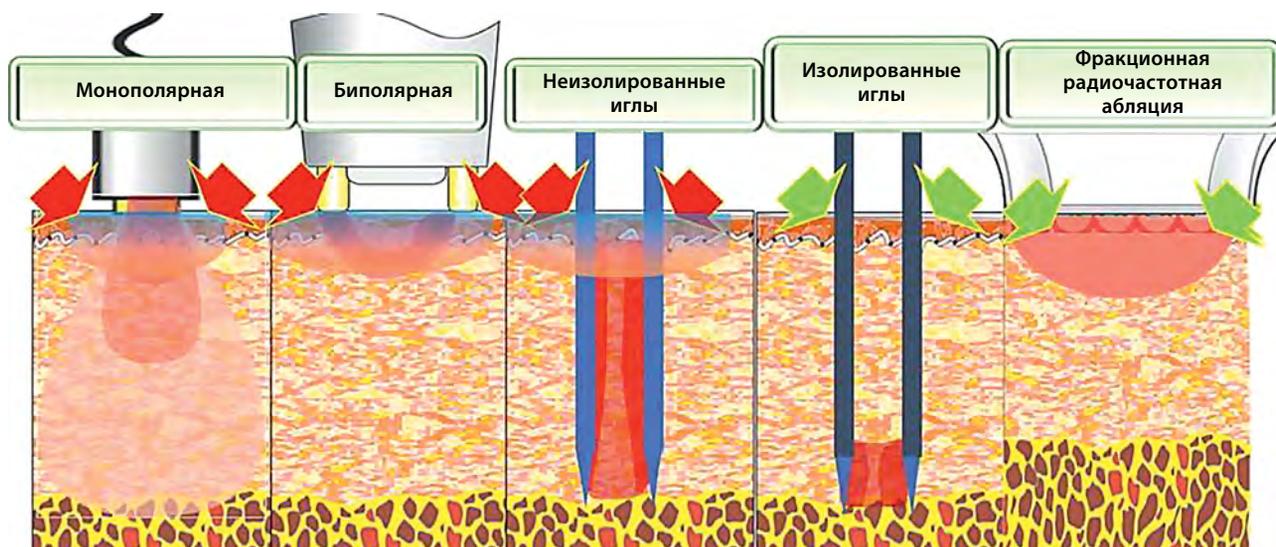


Рис. 3. Схематическое изображение особенностей RF-технологий, использующихся в косметологии

Отличие **изолированных игл** от неизолированных заключается в наличии силиконового покрытия, которое наносится вдоль их длины, за исключением наконечника. Тепловое воздействие на ткани происходит под наконечником изолированной иглы, представляющим собой зону контролируемого термального нагрева. Тепло генерируется исключительно вокруг кончика иглы, а воздействие на ткани ограничено заданной глубиной.

Изолированная игла позволяет сохранить верхний отдел тканей неповрежденным, контролируя глубину повреждения. Более того, с ее помощью возможно формирование трехмерного многоуровневого воздействия. При работе изолированными иглами не требуется охлаждение эпидермиса, поскольку нет риска поверхностного термального повреждения кожи. В связи с данными преимуществами все большее количество врачей-косметологов отдают предпочтение использованию изолированных игл.

Показания к применению изолированных игл:

- глубокие морщины;
- постакне в тяжелой форме;
- стрии, рубцы, растяжки.

Показания к использованию неизолированных игл:

- алопеция;
- молодая кожа до 30 лет;
- профилактирующие процедуры;
- работа с биологически активными точками.

Параметры, определяющие степень повреждения в коже:

- количество игл в аппликаторе на 1 см²;
- диаметр электрода-иглы;
- длина электрода-иглы;
- рисунок изоляционного покрытия;
- время воздействия электрического тока;
- сила тока, проходящего по электроду;
- схема введения игл.

Для выбора подходящей иглы необходимо учитывать ее длину и толщину, а также длину, размер и остроту наконечника. Длина определяет глубину воздействия на ткань-мишень, толщина влияет на болезненность процедуры. Более того, толщина, длина и острота наконечника определяют скорость набора тепла. Другими факторами, влияющими на глубину повреждения, являются время воздействия и сила тока, проходящего по электроду.

Контроль времени обработки кожи позволяет получить соотношение различных видов термического воздействия — от коагуляции до тепловой стимуляции. Скорость набора тепла зависит от выбранной частоты и наряду со временем и энергией определяет характер травмы.

На формирование определенного типа раневого канала значительное влияние оказывает **вид замыкания электрической цепи (рис. 4)**.

Среди биполярных систем распространен вид замыкания электроцепи **между иглами**, когда сами электроды (иглы) имеют два противоположных заряда: один ряд заряжен положительно, один — отрицательно. Данный вид замыкания реализован в аппарате Infini (Lutronic, Южная Корея). Биполярный ток такого типа является наиболее часто встречающимся среди современных аппаратов игольчатого RF.

Замыкание электрической цепи **между иглами** требует изоляции иглы и очень острого наконечника, определенной мощности энергии, времени и частоты подачи электрического тока. Только при соблюдении этих условий под иглами появляются очаги коагуляции. Если данные условия не соблюдены, формируется объемный прогрев тканей между иглами, где замыкается ток.

Игла и контур — вид замыкания электрической цепи, который приводит к формированию раневого канала **и вдоль иглы, и на ее конце** — в зависимости от наличия или отсутствия изоляции.

Ярким примером использования такого типа замыкания является аппарат Morpheus8 (InMode, Израиль). Его выраженное действие реализуется биполярной технологией за счет генерации переменного тока между окружающим иглу контуром, имеющим один заряд, и противоположно заряженным кончиком микроэлектрода (отрицательно заряженный контур и положительно заряженный кончик микроэлектрода и наоборот) (рис. 5). Электрическая цепь замыкается, под наконечником иглы формируется различной — в зависимости от уровня подаваемой энергии — ширины раневой канал. Кроме того, здесь также может реализоваться второй эффект — объемный прогрев вследствие замыкания цепи и формирования электрического тока между наконечником, электродами и отдаленными участками контура (рис. 5, 6).

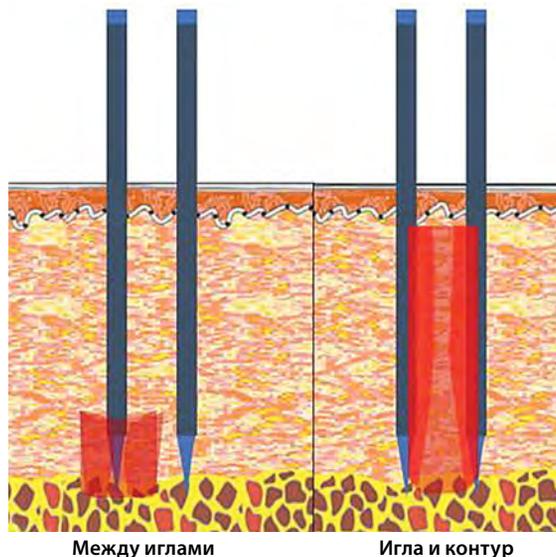


Рис. 4. Виды замыкания электрической цепи, реализующиеся с помощью фракционных игольчатых RF-систем

ТИП ЗАМЫКАНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ЦЕПИ ИМЕЕТ ПРЯМУЮ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ВИДОМ СИСТЕМЫ ИГОЛЬЧАТОГО RF.

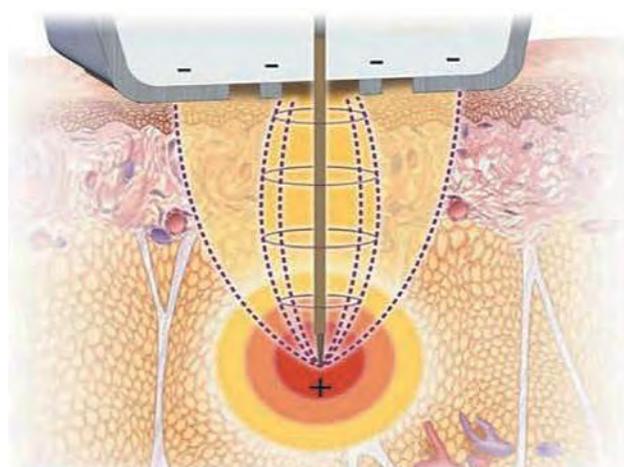


Рис. 5. Схема замыкания электрической цепи по типу «игла–контур» в аппарате Morpheus8 (InMode, Израиль)

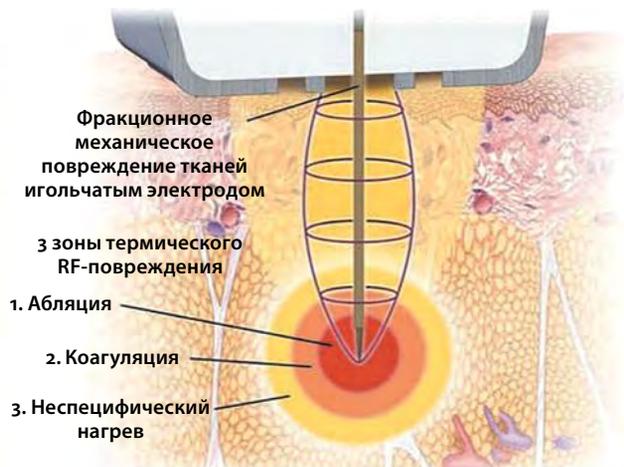


Рис. 6. Варианты термического повреждения тканей при замыкании электрической цепи по типу «игла — контур» в аппарате Morpheus8 (InMode, Израиль)

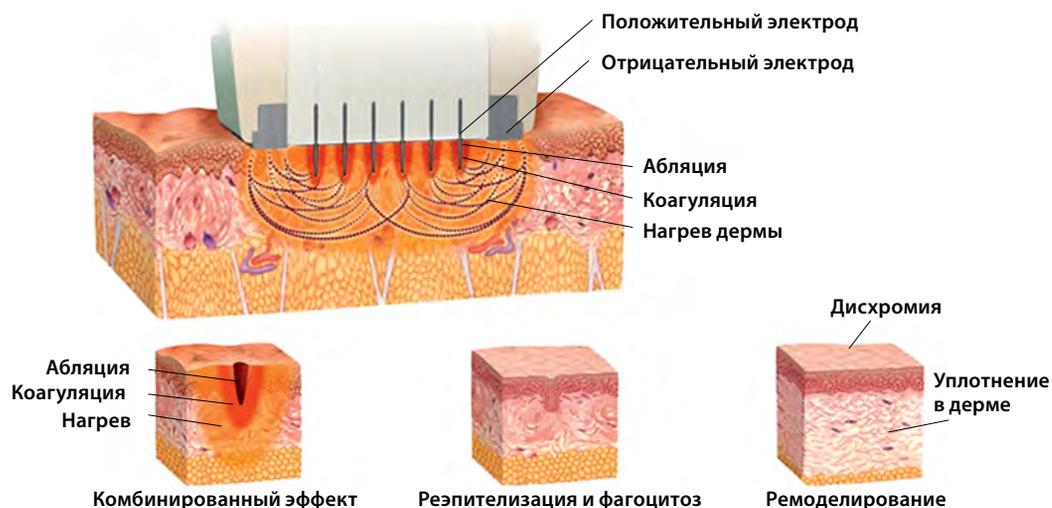


Рис. 7. Схема замыкания электрической цепи по типу «игла — контур» и варианты термического повреждения тканей при использовании аппарата Fractora (InMode, Израиль)

ПОЛУЧАЕМЫЕ ЭФФЕКТЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ТКАНИ ВО МНОГОМ ЗАВИСЯТ ОТ ПОКАЗАТЕЛЯ ЧАСТОТЫ. ИМЕННО ВЫСОКАЯ ИЛИ НИЗКАЯ ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЯЕТ СКОРОСТЬ НАБОРА ТЕПЛА, КОТОРАЯ, В СВОЮ ОЧЕРЕДЬ, ОПРЕДЕЛЯЕТ ХАРАКТЕР РАНЕВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ.

Вид замыкания цепи **игла и контур** может реализовываться в **разных модификациях**. Цепь также может замыкаться между иглами, имеющими один заряд, и отдаленным противоположно заряженным контуром, на котором они размещены (положительно заряженная игла и отрицательно заряженный контур и наоборот). Примером такого вида замыкания электрической цепи является аппарат Fractora (InMode, Израиль) (**рис. 7**).

Замыкание цепи между иглой и контуром также реализовано в аппарате Legend Pro+ (Lumenis, Израиль/США), хотя данное устройство генерирует RF-ток не после того, как иглы вводятся в кожу, а до того и для того, чтобы их ввести. После введения в кожу включается подача постоянного гальванического тока, индуцирующего химическую реакцию вокруг кончика каждой иглы.

На результат коррекции эстетических несовершенств в значительной степени влияет наличие условий для равномерного погружения игл в ткани. Это особенно актуально при работе с дряблой, атоничной кожей. Создать данные условия можно двумя способами: зашпннув кожу в рабочей области либо комбинируя воздействие игольчатого RF с вакуумом. Последний обеспечивает эффективную подтяжку тканей и позволяет достичь более ровного контура. Погружение игл на определенную глубину при использовании вакуума происходит равномерно, что является важным для получения желаемого клинического эффекта.

Обзор основных представленных на рынке технологий для фракционного RF-микронидлинга

В **табл. 2** представлен сравнительный анализ основных аппаратов для фракционного RF-микронидлинга, которые в настоящее время можно найти на рынке.

Таблица 2. Сравнительный анализ основных из представленных на рынке аппаратов для фракционного RF-микронидлинга

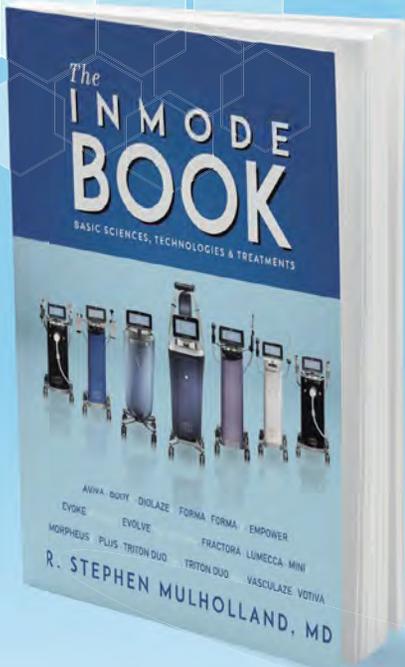
АППАРАТ	Вид иглы	Количество игл в аппликаторе	Длительность импульса	Частота	Длина игл	Толщина на иглы	Вид раневого канала	Мощность, режимы
Fractora (InMode, Израиль)	Неизолированные и изолированные	24 иглы (изолированные и неизолированные варианты); 60 неизолированных игл	До 100 мс	1 МГц	0,5 мм; 3 мм	Данные не найдены	Аблятивный, коагуляционный. Ток распространяется не между самими иглами, а между иглами и пластиной по контуру манипулы 2D	До 75 Вт
Morpheus8 (InMode, Израиль)	Изолированные микроиглы и неизолированные иглы с золотым покрытием	Morpheus8 Resulting (24 иглы); Prime (12 игл); Body (40 игл)	До 100 мс непрерывного RF-воздействия	1 МГц	0,5–1–2–4 мм	Диаметр изолированных игл 200 мкм	Аблятивно-коагуляционный. Ток распространяется не между самими иглами, а между иглами и пластиной по контуру манипулы и возвращается ными электродами, окружающими каждую иглу. Такое удаление разных по площади электродов дает «моноплярный» эффект и позволяет концентрировать максимум энергии на кончике иглы 3D	До 75 Вт
Secret RF (ILOODA, Южная Корея)	Неизолированные микроиглы (золотое покрытие)	25 игл (5 × 5); 64 иглы (8 × 8)	50–950 мс	2 МГц ± 10%	0,5 мм ~ 3,5 мм (0,1 шаг)	0,2 мм	2D	25 Вт (картриджи на 25 игл); 70 Вт (картриджи на 64 иглы)
Infini (Lutronic, Южная Корея)	Изолированные (сиклиновое покрытие) микроиглы, открыт участок 0,3 мм, покрытый золотом	49 игл	10 мс ~ 400 мс (интервалы 10 мс), 400 мс ~ 1000 мс (интервалы 50 мс)	1 МГц	Данные не найдены	0,2 мм	3D	От 2,5 до 50 Вт
Scarlet (VIOL, Южная Корея) (Дополнительное противовоспалительное и успокаивающее действие за счет наличия LED)	Неизолированные покрытые золотом микроиглы	25 игл	Управление импульсом off-on-off каждые 100 мс	2 МГц	0,5–3,5 мм	0,2 мм	2D	100 Вт

АППАРАТ	Вид иглы	Количество игл в аппликаторе	Длительность импульса	Частота	Длина игл	Толщина иглы	Вид раневого канала	Мощность, режимы
Intracel (Jeisys Medical Inc., Южная Корея)	Изолированные и неизолированные	49 изолированных микроигл; 16 неизолированных	10 мс ~ 3000 мс Интервал 0 / 300 мс / 500 мс / 700 мс / 900 мс	2 МГц	0,1 ~ 4,5 мм (регулируемая)	0,12 мм	2D 3D	до 50 Вт (1 шаг 2,5 Вт)
Liftron (Daeyang Medical Co Ltd., Южная Корея)	Изолированные и неизолированные	25/49/81	100–800 мс	1 МГц	От 0,2 до 2,6 мм без смены наконечника	0,2 мм	2D 3D	Регулируется до 80 Вт
Inus (MEDRO Medical Division Co., Южная Корея) (Дополнительные физические факторы: вакуум)	Изолированные, золотое покрытие	10/25	300–900 мс	0,5 МГц 2 МГц	0,5–3 мм регулируемая	0,12 мм, ширина острия 0,03	Коагуляция и прогрев между иглами 3D	От 0,5 до 23 Вт
Elisys Plus (Chungwoo Medical, Южная Корея) (Дополнительные физические факторы: LED (470 и 760 нм))	Изолированные и неизолированные	25 (изолированные), 49 (неизолированные)	От 0,1 до 0,9 мс	1 МГц	от 0,5 до 3,5 мм	0,3 мм	2D 3D	10 Вт
A2-1 (Frax KC20) (Дополнительные физические факторы: вакуум)	Изолированные, золотое покрытие	Для лица — 25 игл; для тела — 64 иглы; тонкая для морщин и растяжек — 10 игл; насадка с наноиглами — 25 игл	Данные не найдены	5 МГц	от 0,2 до 3,5 мм	0,2 мм	3D	До 80 Вт
Vivace (Shenb, Южная Корея) (Дополнительные физические факторы: LED (470 и 760 нм))	Изолированные и неизолированные	36 позолоченных изолированных и неизолированных игл	100–800 мс	1-2 МГц	от 0,5 до 3,5 мм	0,3 мм	2D 3D	До 70 Вт

Вывод

Стремительное развитие RF-технологий с применением игольчатого аппликатора дарит новые возможности для коррекции эстетических проблем различного характера и этиологии. Их использование демонстрирует высокую эффективность как в качестве монотерапии, так и в сочетании с дополнительными физическими факторами.

Получение желаемого терапевтического результата от применения игольчатых RF-технологий требует от практикующего специалиста глубокого понимания механизмов их действия и специфики взаимодействия с биотканями. Знание данных нюансов напрямую определяет правильность подхода к выбору способов коррекции несовершенств с учетом возраста пациента, состояния кожи и предполагаемых эффектов в тканях.



МОНОГРАФИЯ 10-летнего опыта В О Д Н О Й К Н И Г Е



**Stephen
MULHOLLAND**

Автор технологий InMode
Эксперт мирового уровня
Основатель направления
малоинвазивной
эстетической хирургии

В П Е Р В Ы Е Н А РУССКОМ ЯЗЫКЕ

РЕКЛАМА

Лысикова В.А.

Ошибки, которые сложно исправить: применение микроигльчатого радиочастотного метода для коррекции осложнений мезотерапии

Мезотерапия относится к малоинвазивным процедурам и на первый взгляд характеризуется простотой в исполнении. Тем не менее ошибки в ее проведении, связанные с нарушением инъекционной техники или неправильным выбором препарата, могут привести к сложноустраняемым последствиям. В статье рассмотрены возможности коррекции осложнений мезотерапии при помощи микроигльчатого радиочастотного метода на примере нескольких клинических случаев.

Ключевые слова: мезотерапия, осложнения, олеогранулема, микроигльчатая радиочастотная терапия, Morpheus8

Лысикова

Виктория Александровна

Ведущий специалист ЦКиНТ «Век Адалин», ассистент кафедры «Пластической реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий» РНИМУ им. Н.И.Пирогова, амбассадор IPSEN, победитель конкурса Doctor Star 2021, г. Москва

Мезотерапия — инъекционное введение препаратов в кожу или подкожно-жировую клетчатку — становится все более распространенной процедурой, которая в настоящее время широко практикуется не только врачами, но и медицинским персоналом в эстетических учреждениях. Большинство пациентов, а в некоторых случаях даже врачи склонны недооценивать многочисленные нежелательные явления, сопряженные с мезотерапией [1, 2].

Глубина инъекционного введения при проведении мезотерапии составляет 1,5–4 мм (на туловище может достигать 10 мм) [3]. Таким образом, минуя эпидермальный барьер, мы доставляем препарат непосредственно к дерме (в некоторых случаях — подкожно-жировой клетчатке), что позволяет воздействовать на ряд важных физиологических процессов, определяющих состояние кожи:

- пролиферацию и синтетическую активность фибробластов;
- синтез гликозаминогликанов, коллагеновых и эластиновых волокон;
- микроциркуляцию и ангиогенез;
- меланогенез;
- регенерацию после повреждения;
- обмен веществ на клеточном уровне и др. [2].

Однако насколько широки возможности мезотерапии и ее положительные эффекты, настолько драматичные последствия могут иметь ошибки в ее проведении, связанные с нарушением инъекционной техники или неправильным выбором препарата.

Нежелательные явления и осложнения мезотерапии

Мезотерапия относится к малоинвазивным методам, которые минимально повреждают эпидермальный барьер и не должны оказывать системного действия. Тем не менее при проведении мезотерапии целостность кожного покрова все же нарушается, через прокол в роговом слое активные вещества попадают в живые слои кожи. Поэтому, несмотря на то что принимаются все меры по снижению риска возникновения нежелательных явлений, они все же случаются [3].

Как и в случае других малоинвазивных процедур, при проведении мезотерапии приходится иметь дело с болью, эритемой, отеком и кровоизлияниями. Однако есть более значимые по своим последствиям нежелательные реакции и осложнения.

Инфекционные осложнения наиболее распространены, их причиной служит несоблюдение санитарно-гигиенических норм при проведении процедуры, а также нарушение правил хранения мезотерапевтических препаратов. Что касается неинфекционных осложнений, было описано несколько типов нежелательных явлений на основе отдельных отчетов (см. таблицу).

Таблица. Неинфекционные нежелательные реакции и осложнения мезотерапии

Нежелательная реакция	Характеристика
Гранулематозные реакции по типу инородного тела	Сообщалось о случаях гранулематозных реакций в ответ на введение таких мезотерапевтических средств, как фосфатидилхолин, дезоксихолат, буфломедил, кремний или карнитин, в некоторых случаях — препаратов на масляной основе, которые широко используются для липолитических целей [4, 5]
Выраженная воспалительная реакция	Введение мезотерапевтического средства может приводить к образованию хронических ран, микроабсцессов на уровне дермы, септальному или дольковому панникулиту подкожно-жировой клетчатки или даже, в тяжелых случаях, к обширному жировому некрозу с микрокальцинозом и образованием кист. Подобные осложнения фиксировались при использовании мезотерапевтических коктейлей, содержащих фосфатидилхолин, для коррекции целлюлита, а также 5% декстрозы в сочетании с лидокаином [6, 7]
Лихеноидная и уртикарная сыпь	Высыпания локального или распространенного характера являются одной из форм аллергической реакции в ответ на введение мезотерапевтического препарата [8, 9]
Обострение хронических дерматозов	Мезотерапия способна сыграть роль стимулирующего фактора и индуцировать обострение или ухудшение существовавших ранее дерматологических заболеваний посредством феномена Кебнера [10, 11]
Нежелательные реакции, обусловленные механическим воздействием препарата	Реже наблюдаются механические осложнения из-за миграции вводимых веществ во время мезотерапии. Описаны два случая развития массивного подкожного отека на правом боку и передней брюшной стенке вплоть до субмаммарной складки у 43-летней женщины после подкожного введения углекислого газа в области бедер [12]. Zaragoza J. и соавт. сообщают о случае облитерации сосудов с ливедоидным дерматитом и кожным некрозом после случайного введения препарата в артериолу во время процедуры мезотерапии (медикаментозная кожная эмболия, или синдром Николау) [13]
Системное действие	При абсорбции мезотерапевтического препарата в системный кровоток могут наблюдаться внекожные эффекты. Описан случай кофеиновой интоксикации после подкожного введения кофеинсодержащего мезотерапевтического коктейля [14]. В научных публикациях приводится редкий случай тиреотоксикоза в результате введения трийодтироуксусной кислоты в составе мезотерапевтического коктейля [15]

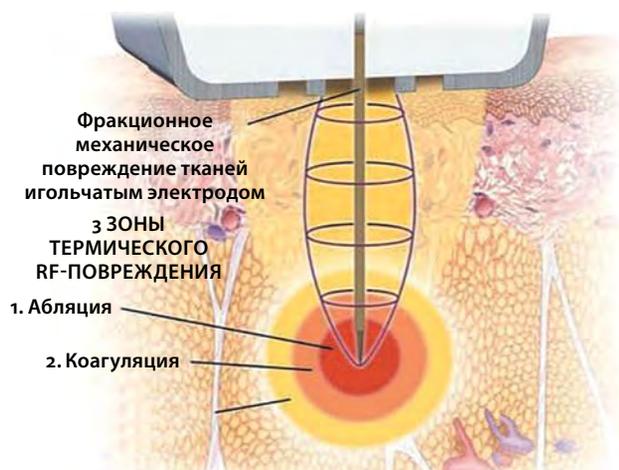


Рис. 1. Три зоны термического воздействия при радиочастотной микроигольчатой терапии (Fractora, InMode) [16]

РАДИОЧАСТОТНАЯ ЭНЕРГИЯ – ЭТО ПЕРЕМЕННЫЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКИЙ ТОК С ЧАСТОТОЙ КОЛЕБАНИЙ ПРИМЕРНО 1 000 000 ГЦ. RF-ТОК, ПРОХОДЯ ЧЕРЕЗ ТКАНИ, ВЫЗЫВАЕТ КОЛЕБАНИЯ МОЛЕКУЛ НА СВОЕМ ПУТИ. В РЕЗУЛЬТАТЕ МИКРООСЦИЛЛЯЦИЙ МОЛЕКУЛ ТКАНЕЙ, МЕЖМОЛЕКУЛЯРНОГО И ВНУТРИ-МОЛЕКУЛЯРНОГО ДВИЖЕНИЯ ОБРАЗУЕТСЯ КИНЕТИЧЕСКАЯ ЭНЕРГИЯ, ПЕРЕХОДЯЩАЯ В ТЕРМИЧЕСКУЮ ЭНЕРГИЮ. НАГРЕВ ТКАНЕЙ МОЖЕТ ПРОИСХОДИТЬ ДО ВЫСОКИХ ТЕМПЕРАТУР И НОСИТЬ АБЛЯТИВНЫЙ ХАРАКТЕР, ПРИ МЕНЬШЕМ ТЕМПЕРАТУРНОМ ПОКАЗАТЕЛЕ – НЕАБЛЯТИВНЫЙ [16].

Возможности коррекции осложнений мезотерапии при помощи радиочастотного микроигольчатого метода

При возникновении осложнений инфекционного или аллергического плана в ход идут топические и системные средства с антибактериальным или противоаллергическим действием соответственно. Сложнее дело обстоит с нежелательными реакциями, которые приводят к стойким структурно-функциональным изменениям на уровне дермы. В этих случаях необходимо дозированное и прицельное воздействие.

Такими возможностями располагает радиочастотная (radiofrequency; RF) микроигольчатая терапия. Метод не случайно именуется «дизайнером дермы».

Электроды в форме микроигл вводятся на необходимую глубину и испускают RF-ток лишь со своего кончика. RF-ток течет от кончиков положительно заряженных игольчатых электродов к поверхностным отрицательно заряженным электродам, что позволяет оказывать термическое воздействие на целевые слои кожи посредством трех путей теплопередачи:

- проводимость (между нагретым игольчатым электродом и тканью);
- конвекция (между микроиглами и кровью, а также другим жидкостями);
- излучение (дисперсия RF-энергии) [17].

Вокруг игольчатых электродов происходит абляция — локальное удаление ткани с формированием кратера, вокруг кратера располагается зона коагуляции, а далее — зона гипертермии, в которой происходит термическая стимуляция синтетической активности фибробластов (рис. 1). Таким образом, достигаются аблятивное повреждение мягких тканей на подкожном уровне и защита поверхностных слоев кожи от ожога.

В ответ на проведение радиочастотной микроигольчатой терапии активируются процессы синтеза коллагена, эластина и гликозаминогликанов — происходит ремоделирование дермального слоя [18].

Клинический опыт применения радиочастотного микроигольчатого аппликатора Morpheus8 для коррекции осложнений мезотерапии

Для эффективной и безопасной коррекции эстетических дефектов необходимо учесть индивидуальные особенности пациента, морфофункциональные характеристики области предстоящей коррекции, а также выраженность и глубину расположения патологических изменений.

Устройства, которые допускают выбор длины иглы, имеют преимущество, поскольку для работы с различными областями лица может потребоваться

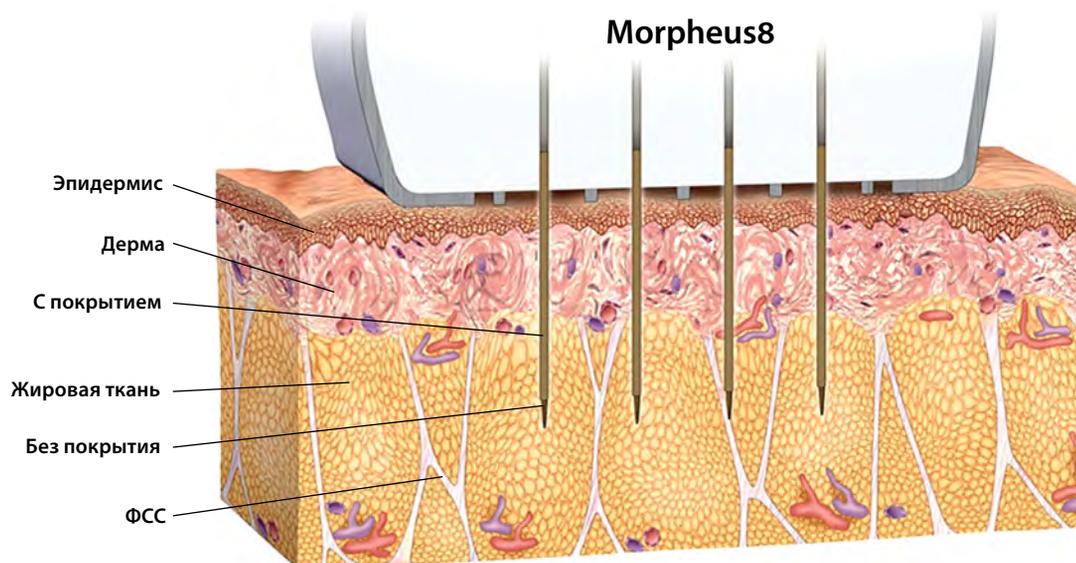


Рис. 2. Механизм действия Morpheus8. Положительно заряженные кончики микроигл с силиконовым покрытием вводятся через кожу в поверхностную жировую ткань. Кожа и эпидермально-дермальное соединение защищены силиконовым покрытием [16]

различная глубина проникновения игл: в себорейных зонах необходимо обеспечить воздействие на более глубоком уровне по сравнению с областью лба или периокулярной областью.

Таковыми конструктивными особенностями обладает радиочастотный аппликатор Morpheus8 (InMode, Израиль). Возможность изменения параметров воздействия в соответствии с клинической картиной позволяет охватить широкий спектр показаний.

Morpheus8 представляет собой комплекс из 24 игольчатых электродов на одноразовом наконечнике. Каждая микроигла окружена возвратным электродом, что обеспечивает равномерное прогревание в зоне обработки.

Игольчатые электроды на 80% проксимально покрыты силиконом, а дистальный испускающий RF-ток кончик не имеет покрытия (**рис. 2**). Одна и та же насадка обладает разной глубиной проникновения игольчатых электродов в кожу. Глубина пенетрации может быть установлена на 2 мм (периокулярная область), 3 мм (лицо) и 4 мм (тело), количество испускаемой с кончика микроигольчатого электрода RF-энергии — в пределах 10–62 мДж на микроиглу (**рис. 3**).

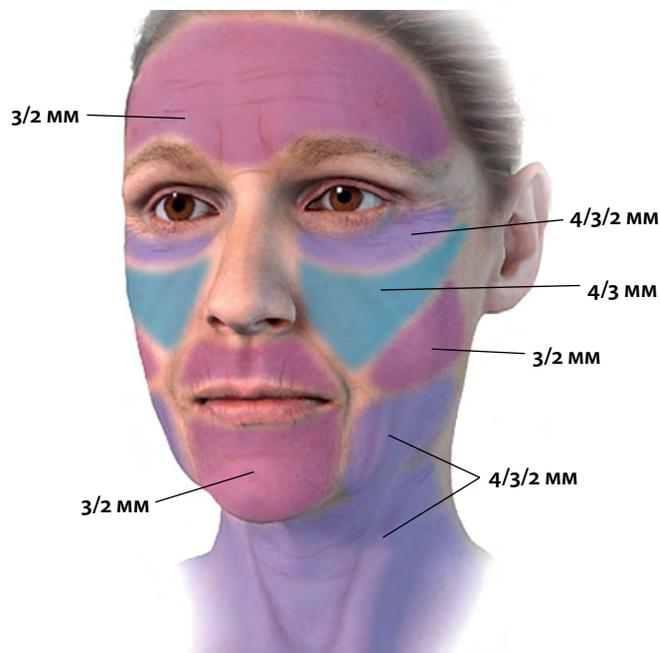


Рис. 3. Параметры работы Morpheus8 подобраны для осуществления обработки области бровей, век, щек, линии подбородка и шеи для омоложения и общего лифтинга лица и шеи [16]



Рис. 4. Клинический случай № 1: через 1 мес после мезотерапии с использованием препарата на основе гидроксиапатита кальция в разведении 1 : 1 наблюдается отчетливое контурирование препарата в местах введения



Рис. 5. Очаговая атрофия кожи после инъекционного введения суспензии бетаметазона

Каждая нежелательная реакция на проведение мезотерапии уникальна и требует индивидуального подхода с оценкой уровня патологических изменений и выбора параметров воздействия в соответствии с объективными данными.

Рассмотрим возможности микроигльчатой RF-терапии Morpheus8 на примере следующих клинических случаев.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ № 1

Пациентке была проведена мезотерапия в области шеи препаратом на основе гидроксиапатита кальция в разведении 1 : 1.

По прошествии месяца наблюдалось отчетливое контурирование препарата в местах введения (**рис. 4**). Поскольку кожа шеи тонкая, примененная концентрация препарата оказалось слишком высокой.

После консультации с производителями препарата для мезотерапии было принято решение уменьшить его концентрацию в тканях. Пациентке было проведено 5 процедур инъекционного введения раствора NaCl 0,9%, 3 процедуры плазмотерапии, а также в один элемент была введена суспензия бетаметазона. Несмотря на принятые меры, улучшений не наблюдалось, в месте инъекции суспензии бетаметазона сформировался очаг атрофии подкожно-жировой клетчатки с сохранением гидроксиапатита кальция (**рис. 5**). В таком состоянии пациентка попала ко мне на прием.

Использованный филлер содержит два компонента — гидроксиапатит кальция и карбоксиметилцеллюлозу натрия. Существуют данные, что для разрушения карбоксиметилцеллюлозы может быть использована коллагеназа. Однако пробное введение раствора коллагеназы не принесло улучшений.

Было принято решение провести микроигльчатую RF-терапию Morpheus8 в фиксированном режиме с длиной микроигл 2 мм, позволяющей достичь глубины расположения гидроксиапатита кальция, при низкой плотности энергии 10 Дж/см².

Через 1 мес после процедуры при осмотре отмечались выраженные улучшения. Вторая и третья процедуры были проведены с интервалом в месяц, плотность энергии была увеличена до 13 Дж/см² (**рис. 6**). Через 1 мес после третьей



Рис. 6. Результат проведения 3 процедур микроигльчатой RF-терапии с интервалом в 1 мес: А — первая процедура, плотность энергии 14 Дж/см²; Б — вторая процедура, плотность энергии 17 Дж/см²; В — третья процедура, плотность энергии 17 Дж/см²

процедуры наблюдалось полное разрешение элементов со значительным улучшением качественных характеристик кожи (рис. 7). Но очаг атрофии от введения суспензии бетаметазона остался, что лишний раз подтверждает нецелесообразность применения гормональных препаратов для коррекции данного типа нежелательных явлений.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ № 2

Пациентка самостоятельно приобрела препарат на международной выставке и обратилась к медицинской сестре для внутривенного введения препарата в домашних условиях с целью омоложения кожи лица и шеи. Введение препарата было очень болезненным. На следующий день у пациентки наблюдалась выраженная воспалительная реакция, сопровождавшаяся гиперемией и лимфедемой лица (рис. 8).

Пациентка обратилась за помощью в медицинскую клинику, где был поставлен диагноз «аллергическая реакция» и проведена десенсибилизирующая терапия:

- 30% тиосульфат натрия внутривенно (10 капельниц);
- 10% глюконат кальция в/м 10 дней;
- 2,0 мл р-ра клемастина в/м 10 дней;
- 1,0 мл суспензии бетаметазона в/м 3 раза с интервалом в 1 нед.

На фоне терапии реакция воспаления начала стихать (рис. 9). Однако между инъекциями суспензии бетаметазона вновь начиналось обострение



Рис. 7. Полное разрешение очаговых изменений после курса микроигольчатой RF-терапии Morpheus8: А — исходное состояние; Б — через 6 мес



Рис. 8. Клинический случай № 2: клиническая картина непосредственно после введения препарата

Рис. 9. Некоторое ослабление воспалительной реакции после противоаллергической терапии



Рис. 10. Вторая волна воспалительной реакции

(рис. 10). На этом этапе была произведена безуспешная попытка растворить введенный препарат при помощи раствора гиалуронидазы.

Пациентка была перенаправлена в отделение эстетической реабилитации Государственного научного центра Российской Федерации — Федерального медицинского биофизического центра имени А.И. Бурназяна (ФМБА). Лечащий врач — Чекмарев А.С.

При осмотре на 20-й день после введения препарата наблюдались локальное повышение температуры, увеличение элементов в объеме и тенденция к группировке, вокруг элементов — венчик гиперемии, часть элементов были более крупными за счет разного количества введенного вещества. Лечащим врачом было принято решение провести гистологическое исследование одного из элементов. Взятие биоптата осуществлялось Первых С.Л. В образце ткани визуализировались округлые капли желтовато-светлой окраски посреди большого количества полиморфноядерных лейкоцитов, нитей тканевого детрита и эритроцитов (рис. 11).

На основании световой микроскопии консилиумом выдвинуто предположение о возможном наличии в составе введенного материала элементов либо минерального масла, либо синтола, либо силикона — небiorазлагаемых веществ.

Для уточнения состава у пациентки запрошен и изъят второй флакон с материалом введенного средства. В составе — более 30 различных ингредиентов, в том числе экстракт касторового масла, экстракт апельсинового масла, экстракт цедры лимона. Препарат не был предназначен для инъекционного введения, только для нанесения на неповрежденную кожу.

Для определения глубины залегания элементов осуществили ультразвуковое сканирование кожи (Петунина В.В.): часть элементов находились на глубине эпидер-



Рис. 11. Гистологическое исследование одного из элементов (Первых С.Л.)

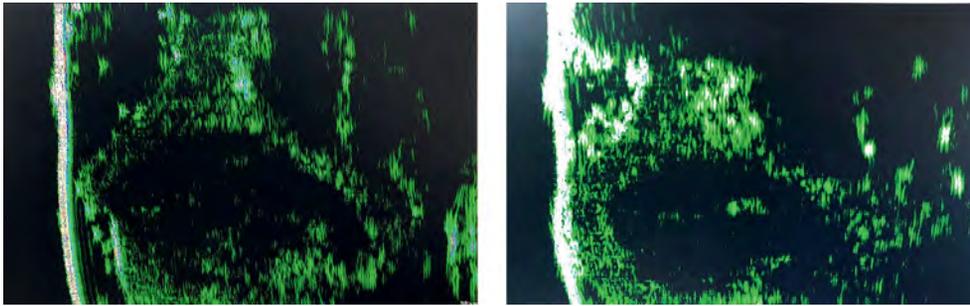


Рис. 12. Результаты ультразвукового сканирования одного из элементов (Петунина В.В.)

миса и дермы, часть — растеклись по дерме (**рис. 12**). Предположительно, предшествующие инъекции гиалуронидазы не позволили препарату сформировать локальное скопление.

Была попытка произвести вскрытие и дренирование элементов, самые крупные из которых располагались по нижнечелюстной линии (**рис. 13**). Механическое удаление содержимого не было достаточно эффективным, поскольку присутствовали воспаление и вторичная инфекция. Вероятно, было затруднено вычищение содержимого по краям раны. После удаления проводились обработка 70% спиртом и дополнительное промывание физиологическим раствором для максимального очищения раневого канала.

Для снижения бактериальной нагрузки и улучшения процесса заживления раны пациентке был проведен курс фотодинамической терапии (ФДТ) с фотосенсибилизатором хлоринового типа. Параметры ФДТ: время экспозиции фотосенсибилизатора 30 мин (под пленкой), длина волны 660 нм, плотность мощности 2 мВт/см², время воздействия 3 мин, плотность энергии 3,6 Дж/см².

Комплексная терапия сопровождалась выраженной положительной динамикой. Большая часть папул разрешились, осталась лишь гиперемия. Сохранялись элементы в местах глубокого введения препарата, особенно в периоральной зоне. Удаление данных элементов было проведено хирургом через слизистую оболочку с последующим проведением гистологического исследования. Гистологическая картина соответствовала олеогранулеме.

Пациентке был продолжен курс ФДТ. По окончании курса произошло выраженное уменьшение гиперемии, на месте очагов сформировались атрофические рубцы (**рис. 14**). Для их коррекции



Рис. 13. Вскрытие и дренирование элементов (Чекмарев А. С.)

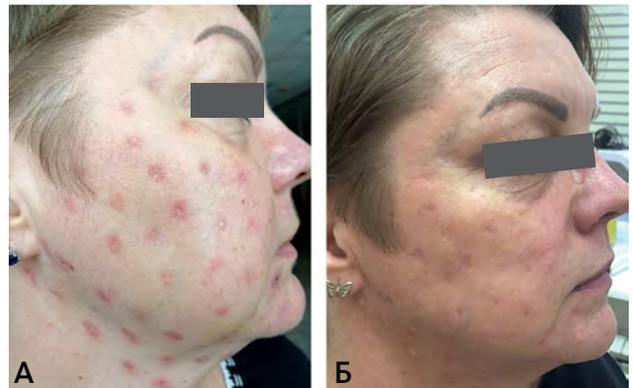


Рис. 14. Успешное заживление ран и уменьшение поствоспалительной дисколорации кожи после проведения ФДТ: А — через 5 мес после инъекции препарата (13-я процедура ФДТ); Б — через 1,5 года после инъекции препарата

было рекомендовано проведение микроигльчатой RF-терапии Morpheus 8 при следующих параметрах воздействия:

глубина 1 мм, Cycle-режим, плотность энергии 10 Дж/см², 2–3 прохода;
глубина 2 мм, Cycle-режим, плотность энергии 17 Дж/см², 2–3 прохода.

Заключение

Мезотерапия становится все более распространенной процедурой, которая в настоящее время широко применяется как врачами, так и немедицинским персоналом. Тем не менее только прошедший полноценное профессиональное обучение медицинский специалист способен оценить показания, выбрать препарат и инъекционную технику, а также осуществить введение препарата на необходимый уровень с соблюдением основных гигиенических норм.

В случае развития нежелательных явлений и осложнений, сопровождающихся патологическими изменениями на уровне дермы, микроигльчатая RF-терапия может стать эффективным и безопасным методом коррекции. В приведенных клинических случаях в основе достигнутых улучшений лежит дозированный характер RF-воздействия, который стал возможен благодаря изолирующему покрытию проксимальной части микроигл и другим конструктивным особенностям аппарата Morpheus8, позволяющим выбирать глубину пенетрации микроигл и плотность энергии в соответствии с показаниями и анатомической областью.

КОММЕНТАРИЙ ЭКСПЕРТА

Гайдаш

Наталья Владимировна

Главный редактор журнала «Аппаратная косметология» К. м. н., дерматовенеролог, косметолог, специалист по лазерным технологиям, руководитель медицинского центра «ТриАктив»

Риски осложнений при мезотерапии, как правило, связаны с инъекционным введением препаратов, предназначенных для наружного применения, а также с неправильной техникой выполнения процедуры, в частности — некорректным разведением препарата или выбором неправильной зоны введения. К счастью, на сегодняшний момент существует целый арсенал аппаратных методов, которые позволяют если не решить полностью эту проблему, то в значительной степени нивелировать ее последствия. В данной статье описаны случаи успешного применения радиочастотной микроигльчатой терапии для коррекции рубцовых изменений и стойкого скопления введенного вещества после мезотерапии. Случай с формированием олеогранулем крайне показателен. Аналогичный клинический случай был описан несколько лет назад Ларкиной С.А.: образовавшиеся после мезотерапевтического введения препарата олеогранулемы были успешно устранены при помощи радиочастотного микронидлинга. Примечательно, что до этого для устранения олеогранулем применялись другие терапевтические подходы, не давшие положительного эффекта. Эти два случая позволяют рассматривать радиочастотный микронидлинг в качестве оптимального метода коррекции подобных осложнений мезотерапии, хотя, конечно, хотелось бы, чтоб таких проблем у нас и наших пациентов было меньше.

Литература

1. **Plachouri K.M., Georgiou S.** Mesotherapy: Safety profile and management of complications. *J Cosmet Dermatol* 2019; 18(6): 1601–1605.
2. **Mammucari M., Lazzari M., Maggiori E., et al.** Role of the informed consent, from mesotherapy to opioid therapy. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2014; 18(4): 566–574.
3. Новая косметология. Инъекционные методы в косметологии. 2-е изд. Под общ. ред. Е.И. Эрнандес. М.: ООО «ИД «Косметика и медицина», 2020. 544 с.
4. **Alfaro-Rubio A., Martorell-Calatayud A., Pelufo C., et al.** Mesotherapy granulomas with L-carnitine. *American Academy of Dermatology 71st Annual Meeting*. Florida, USA; 2013. PP-6919 (Poster).
5. **Ramos-e-Silva M., Pereira A.L., Ramos-e-Silva S., Piñeiro-Maceira J.** Oleoma: rare complication of mesotherapy for cellulite. *Int J Dermatol* 2012; 51(2): 162–167.
6. **Park E.J., Kim H.S., Kim M., Oh H.J.** Histological changes after treatment for localized fat deposits with phosphatidylcholine and sodium deoxycholate. *J Cosmet Dermatol* 2013; 12(3): 240–243.
7. **Lee D.P., Chang S.E.** Subcutaneous nodules showing fat necrosis owing to mesotherapy. *Dermatol Surg* 2005; 31(2): 250–251.
8. **Rallis E., Kintzoglou S., Moussatou V., Riga P.** Mesotherapy-induced urticaria. *Dermatol Surg* 2010; 36(8): 1355–1356.
9. **Grojean M.F., Vaillant L.** Lichenoid eruption caused by mesotherapy. *Ann Med Interne* 1995; 146(5): 365–366.
10. **Rosina P., Chierogato C., Miccolis D., D’Onghia F.S.** Psoriasis and side effects of mesotherapy. *Int J Dermatol* 2001; 40(9): 581–583.
11. **Colón-Soto M., Peredo R.A., Vilá L.M.** Systemic lupus erythematosus after mesotherapy with acetyl-L-carnitine. *J Clin Rheumatol* 2006; 12(5): 261–262.
12. **Calonge W.M., Lesbros-Pantoflickova D., Hodina M., Elias B.** Massive subcutaneous emphysema after carbon dioxide mesotherapy. *Aesthetic Plast Surg* 2013; 37(1): 194–197.
13. **Zaragoza J., Delaplace M., Benamara M., Estève E.** A rare side effect of mesotherapy: Nicolau syndrome. *Ann Dermatol Venereol* 2013; 140(11): 713–717.
14. **Vukcević N.P., Babić G., Segrt Z., et al.** Severe acute caffeine poisoning due to intradermal injections: mesotherapy hazard. *Vojnosanit Pregl* 2012; 69(8): 707–713. Erratum. In: *Vojnosanit Pregl* 2012; 69(10): 929.
15. **Danilovic D.L., Bloise W., Knobel M., Marui S.** Factitious thyrotoxicosis induced by mesotherapy: a case report. *Thyroid* 2008; 18(6): 655–657.
16. **Mulholland S.** The InMode Book 2021. <https://prev.boomerangfx.com/the-inmode-book-3/>
17. **Wootten S., Zawacki Z.E., Rheins L., et al.** An evaluation of electrocoagulation and thermal diffusion following radiofrequency microneedling using an in vivo porcine skin model. *J Cosmet Dermatol* 2021; 20(4): 1133–1139.
18. **Малхолланд С.** BodyTite. RF-технологии в эстетической медицине (практическое руководство). М.: ИД «Косметика и медицина», 2020. 328 с.

Лысикова В.А.

Радиочастотная микроигольчатая терапия Morpheus8 для коррекции последствий биодеградации гиалуронового геля с помощью гиалуронидазы: клинические случаи

В статье представлены четыре клинических случая, в которых рассматривается использование радиочастотной микроигольчатой терапии на аппарате Morpheus8 для улучшения структуры тканей губ и внешнего вида после «растворения» гиалуронового геля путем инъекции гиалуронидазы. Процедура Morpheus8 восстанавливает структуру и уплотняет ткани на выбранной глубине с минимальным повреждением вышележащих слоев. Это становится возможным за счет синергии фракционного механического повреждения кожи игольчатыми электродами, запускающего регенерацию, и тепловой энергии, выделяющейся при прохождении радиочастотного тока и стимулирующей биохимические и физиологические процессы ремоделирования. Результаты демонстрируют значительное улучшение структуры тканей, уменьшение участков с пониженной экзогенностью и положительную динамику после процедур, подтвержденную УЗИ-диагностикой. Применение Morpheus8 в сочетании с ферментотерапией путем введения гиалуронидазы позволяет не только эффективнее растворить гиалуроновый гель, даже при наличии фиброзной капсулы или гранулемы инородного тела, но и достигнуть более стойких и естественных эстетических результатов, улучшая качество жизни пациентов и сокращая время восстановления.

Ключевые слова: радиочастотная микроигольчатая терапия, фракционная RF-терапия, Morpheus8, гиалуроновая кислота, гиалуронидаза

Лысикова

Виктория Александровна

Ведущий специалист ЦКиНТ «Век Адалин», ассистент кафедры «Пластической реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий» РНИМУ им. Н.И.Пирогова, амбассадор IPSEN, победитель конкурса Doctor Star 2021, г. Москва

Седнева Ольга Сергеевна

Врач ультразвуковой диагностики

Введение

Гели на основе гиалуроновой кислоты (ГК) являются наиболее распространенными инъекционными филлерами, которые используются для восстановления или увеличения объема тканей и коррекции возрастных изменений в различных областях лица. Одним из наиболее популярных применений гиалуроновых филлеров является увеличение губ. Данная процедура позволяет создать естественный и привлекательный объем, скорректировать форму, устранить мелкие морщины вокруг губ без необходимости подвергаться хирургическим вмешательствам.

Гиалуроновые филлеры отличаются высоким уровнем безопасности, в редких случаях их применение приводит к возникновению нежелательных реакций и осложнений, таких как отек, эритема, образование гранулем и рубцов, гипер- и гипопигментация, инфицирование, абсцесс, герпетические вспышки и парестезии. Эти реакции, как правило, являются временными, но при частом использовании трехмерных техник восстановления объема, когда филлер может быть введен на разную глубину, возможны серьезные сосудистые осложнения, которые могут потребовать коррекции и вмешательства специалиста [1].

Применение ферментотерапии для лечения подобного рода нежелательных явлений осложняется рядом обстоятельств:

- гиалуроновые гели отличаются по «чувствительности» к гиалуронидазе, что затрудняет точность прогнозирования результата (рис. 1);
- капсула, формирующаяся вокруг гиалуронового имплантата, мешает воздействию гиалуронидазы;
- гранулема инородного тела, которая может сформироваться на введение гиалуронового геля, сложно поддается монотерапии с помощью гиалуронидазы;
- риск аллергической реакции на гиалуронидазу, особенно в форме отека Квинке, сильно ограничивает применение фермента для растворения гиалуронового геля в будущем;
- в местах, где ранее был инъецирован гиалуроновый гель, после его растворения ферментом образуются пустоты, и ткани губ становятся более разреженными (такое состояние часто называют «губы-тряпочки», «пустые губы» и т.п.), что при повторной коррекции не позволяет гиалуроновому гелю равномерно и красиво встраиваться в ткани.

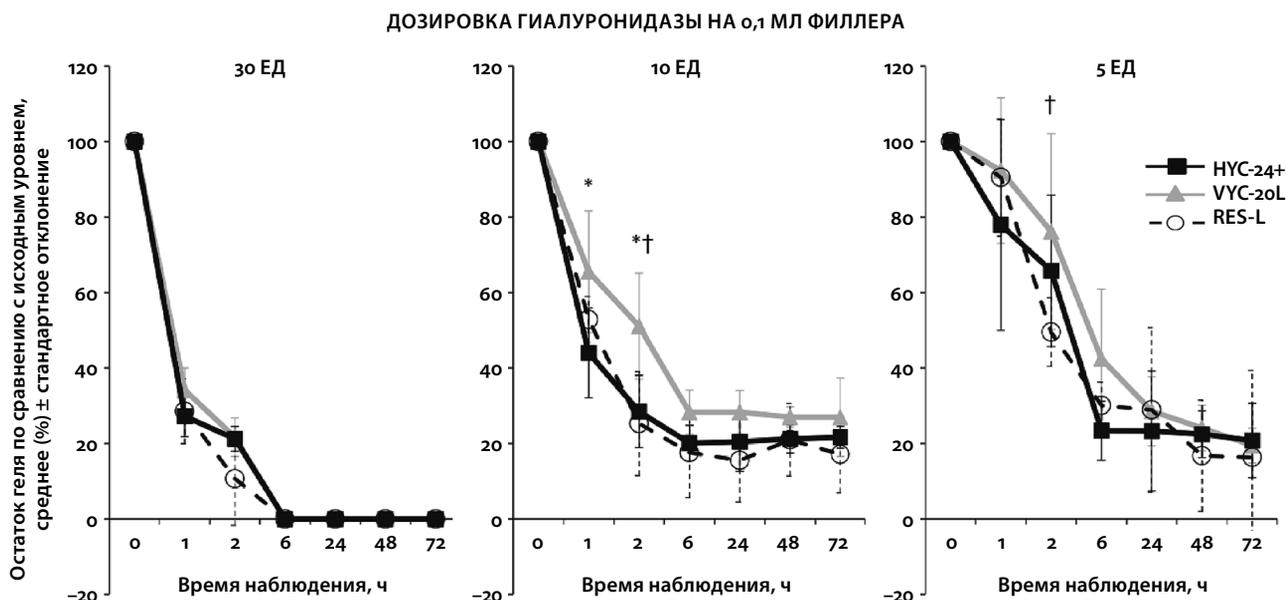


Рис. 1. Деградация разных гиалуроновых филлеров под действием гиалуронидазы [2]

В этой статье рассмотрено применение радиочастотной микроигольчатой терапии губ с помощью аппликатора Morpheus8, которая эффективно восстанавливает плотность, структуры губ и значительно снижает разреженность тканей после ферментотерапии.

Радиочастотная терапия и RF-микронидлинг

Радиочастотная (RF) терапия направлена на восстановление структуры кожи при различных дерматологических и эстетических патологиях. Она использует радиочастотный переменный ток для контролируемого нагрева тканей на нужной глубине. При нагревании происходит активация различных биохимических и физиологических процессов, принимающих участие в регенерации и ремоделировании, в том числе формирование коллагеново-эластинового каркаса и восстановление микроциркуляции; при этом нет термического ожога эпидермиса [3].

При радиочастотной микроигольчатой терапии иглы аппликатора представляют собой заостренные электроды, на которые подается переменное напряжение высокой частоты (диапазон радиочастот). В отличие от поверхностно расположенных электродов классических RF-устройств, игольчатые электроды вводятся в кожу. Тем самым снимается «ограничение», связанное с роговым слоем, и становится возможным более интенсивный прогрев глубоких тканей без риска возникновения ожогов. После формирования локальных зон повреждения в коже запускается процесс регенерации [4].

MORPHEUS8 — ИНСТРУМЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ПРЕОБРАЗОВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Для комплексного преобразования мягких тканей компания InMode разработала фракционный радиочастотный аппликатор Morpheus8.

Аппликатор Morpheus8 оснащен рядом насадок, предназначенных для обработки мягких тканей на разной глубине — от 600 мкм до 7 мм. Независимо от типа насадки каждый игольчатый электрод изготовлен из хирургической стали и имеет защитное золотое покрытие толщиной 500 мкм по всей своей длине, кроме дистального конца (золото не плавится при высоких аблятивных температурах 80–85 °C).

Игольчатые электроды вводятся в мягкие ткани посредством возвратно-поступательного механизма. Проникновение игольчатого электрода через дерму в жировую ткань вызывает механическое нетермическое фракционное повреждение дермы. После введения на целевую глубину на электроды подается напряжение, и в тканях возникает переменный электрический ток, который разогревает ткань. Термическое повреждение ткани зависит от степени нагрева (**рис. 2**):

- точечная абляция непосредственно возле конца игольчатого электрода (при нагреве около 100 °C);
- обратимая коагуляция (при нагреве до 60–85 °C);
- некоагуляционный неаблятивный нагрев ткани.

Нагрев тканей происходит и вдоль микроигл с изоляционным силиконовым покрытием по направлению к отрицательно заряженным ромбовидным возвратными электродам на поверхности кожи, которые окружают игольчатые электроды. Однако температура здесь не превышает 40 °С, поэтому нет коагуляции и некроза, зато есть стимуляция фибробластов на выработку нового коллагена, эластина и основного вещества соединительной ткани. Это еще больше уплотняет ткани.

Мы представим 4 клинических случая, в которых исследовалась эффективность технологии Morpheus8 для восстановления плотности губ и улучшения их внешнего вида после «растворения» гиалуронового геля с помощью гиалуронидазы.

Клинические случаи

СЛУЧАЙ 1

Пациентка М., 32 года. Процедуры инъекционной коррекции гелем Juvederm были проведены в 2013, 2016 и 2019 гг. В марте 2023 г. пациентка обратилась с жалобами на внешний вид губ: миграция геля в подслизистый слой, несимметричность, некрасивая форма губ (**рис. 3**).

Ультразвуковое исследование (УЗИ) от 09.03.2023 (**рис. 4А**):

- При сканировании **верхней губы** определяются мягкие ткани с четким контуром, пониженной эхогенности, неоднородной структуры. Множественные гипо- и анэхогенные включения линейной, а также неправильной формы от 0,8 до 6 мм без четких контуров. Визуализируются высокой эхогенности включения, прерывистые, линейные.
- В области **нижней губы** ан- и гипозоногенные неоднородные включения с более четкими границами, размером от 0,8 до 4 мм.
- **Заключение:** УЗ-признаки наличия филлера на основе ГК в области верхней и нижней губы. УЗ-признаки фиброзных изменений тканей верхней и нижней губы.

После УЗИ проведено растворение гиалуронового геля ферментом гиалуронидазой 3000 ЕД.

УЗИ через неделю после ферментотерапии (24.03.2023) (**рис. 4Б**):

- При сканировании **верхней губы** определяются мягкие ткани с четкими контурами. Динамика положительная относительно УЗИ от 09.03.2023. Эхогенность средняя, участков

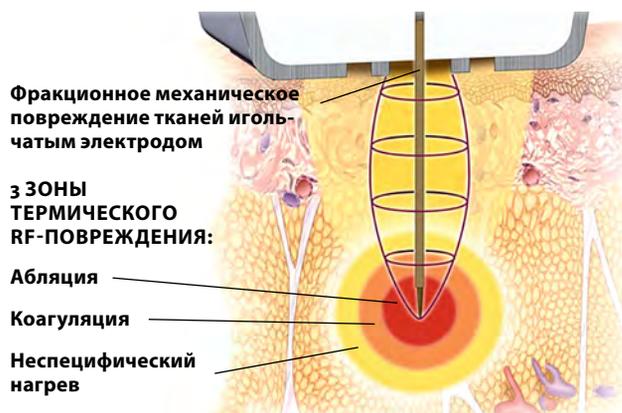


Рис. 2. Аппликатор Morpheus8: распределение зон нагрева тканей в ходе процедуры

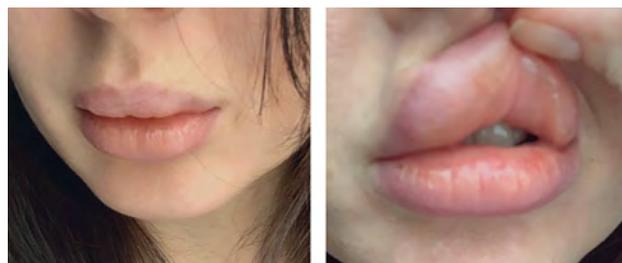


Рис. 3. Пациентка М., 32 года. Внешний вид губ до начала лечения (09.03.2023)

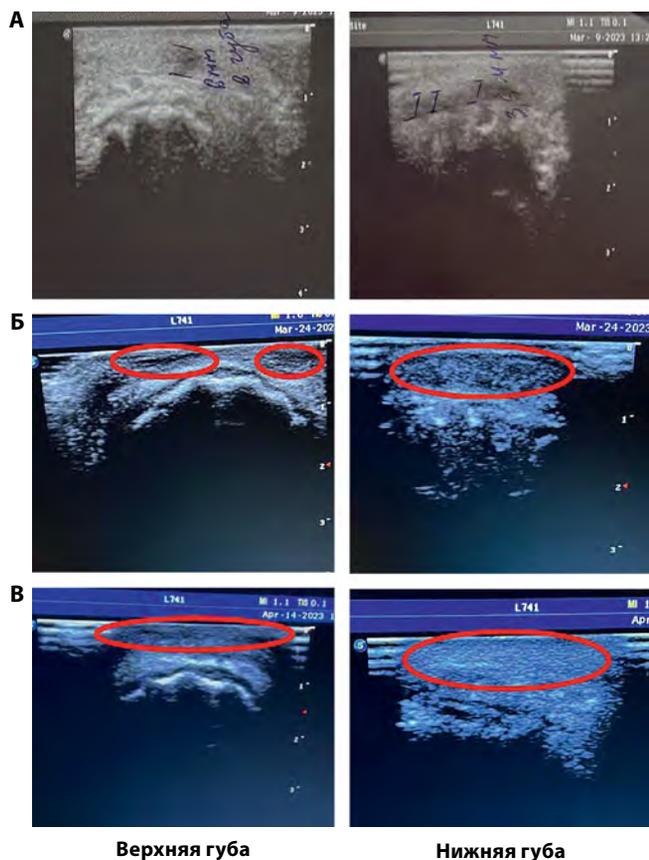


Рис. 4. Пациентка М., 32 года. Прицельное УЗ-сканирование области губ (аппарат Sonoscape, датчик 16 мГц, режим серой шкалы): А — исходное состояние (09.03.2023); Б — через неделю после ферментотерапии (24.03.2023); В — через 3 нед после процедуры Morpheus8

пониженной эхогенности значительно меньше, около 2–3 с каждой стороны, по 0,7–1 мм в диаметре, форма их неправильная овальная, без четких контуров, высокоэхогенных включений не определяется.

- В области **нижней губы** схожая УЗ-картина, анэхогенные образования уменьшены в размере до линейных и овальных вытянутых, количество значительно меньше.
- **Заключение:** В динамике УЗ-картина при отсутствии филлера на основе ГК в остаточных количествах, УЗ-признаки минимальных фиброзных изменений тканей верхней и нижней губы.

Следует подчеркнуть, что спустя неделю после ферментотерапии полной биодеградации геля не произошло. Тем не менее после ферментотерапии внешний вид губ существенно изменился — они стали выглядеть более естественными (**рис. 5**). Однако пациентка отмечала значительный дискомфорт, ощущение «пустоты» и «мягкости» губ.

Для улучшения качества тканей губ, а также ускорения биодеградации остатков филлера проведена терапия красной каймы губ аппликатором Morpheus8: анестезия аппликационная, 24 pin, 2 мм 18J — 2 прохода без перекрытий, 3 мм 19J — 2 прохода в участках фиброзных изменений и в зоне локации гиалуронового геля.

Через 3 нед после процедуры Morpheus8 было проведено УЗИ, показавшее (**рис. 4В**):

- отсутствие дополнительных включений не определяется;
- структура тканей более однородная.



Рис. 5. Пациентка М., 32 года. Внешний вид губ через неделю после ферментотерапии (24.03.2023)

Для более подробной оценки результатов процедур пациентке был предложен опросник. Вопросы затрагивали ее восприятие состояния губ до начала терапии, впечатления от губ после растворения геля и изменений, произошедших после процедуры Morpheus8.

Пациентка описывает, что окружающие не особо заметили изменения, однако для нее лично изменения были кардинальными. После процедуры Morpheus8 результаты были заметны уже на следующее утро.

— Как вы оцениваете состояние губ после растворения геля?

— Губы после растворения геля ушли полностью, через 48 часов после процедуры. **Были очень крохотные, сморщенные, сильно сохли. Им не хватало влаги**, внешне это выглядело не очень эстетично, но я впервые за много лет почувствовала свободу от болевых ощущений, фиброза и воспалений. Все растворилось идеально.

— Отметили ли вы какие-либо изменения в состоянии губ после процедуры аппаратного воздействия Morpheus8?

— Изменения произошли, возможно, не слишком заметные для окружающих меня людей, **но для меня — колоссальные. Губы уплотнились, увеличились после растворения, складки на губах стали менее выраженными**, и я комфортно смогла переждать месяц, чтобы потом сделать коррекцию филлером.

— Как вы можете описать свое восприятие губ после Morpheus8?

— Без процедуры Morpheus8 мне было морально тяжело остаться с теми губами, которые получились после растворения геля. **Губы стали плотнее, у них изменилась структура и на удивление они перестали сильно сохнуть.**

Улучшение кровообращения из-за проведенной процедуры, возможно, обусловило не только эстетические, но и функциональные изменения в тканях губ.

СЛУЧАЙ 2

Пациентка И., 26 лет. Около месяца назад в губы был введен плотный волюметрический препарат на основе ГК. После его введения столкнулась с сильным отеком, который оказал значительное давление на окружающие ткани и вызвал нарушение кровообращения. На 3-й день после процедуры появились пузырьки и язвочки, свидетельствующие о развитии ишемических микроязв (рис. 6). Этот процесс был осложнен герпетической инфекцией. Пациентка получила рекомендации по терапии, включая местное применение ацикловира и антибактериальных препаратов.



Рис. 6. Пациентка И., 26 лет. Клиническая картина после введения филлера на основе ГК в динамике



Рис. 7. Пациентка И., 26 лет. Внешний вид губ через месяц после введения гиалуронового филлера

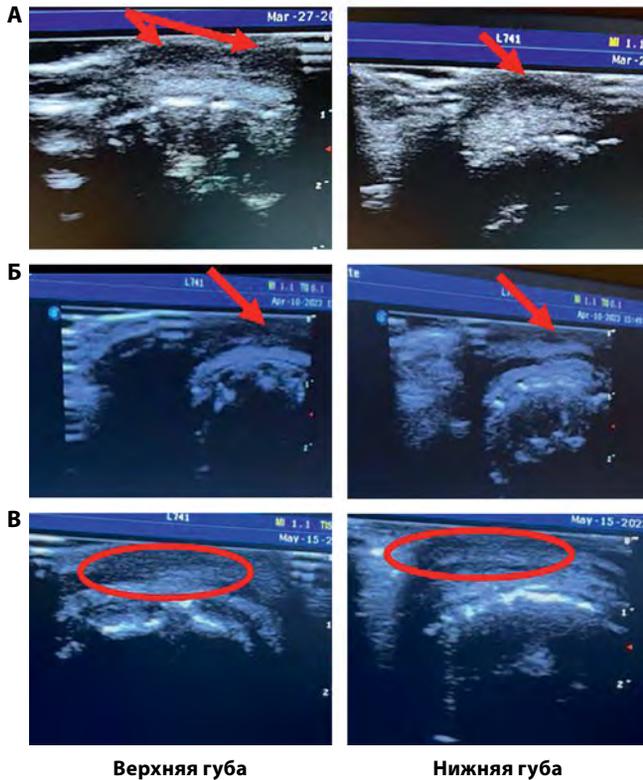


Рис. 8. Пациентка И., 26 лет. Прицельное УЗ-сканирование области губ (аппарат Sonoscape, датчик 16 мГц, режим серой шкалы): А — исходное состояние (27.03.2023); Б — через неделю после ферментотерапии (10.04.2023); В — через 3 нед после процедуры Morpheus8 (15.05.2023)

Через месяц пациентка пришла на прием с жалобами на ощущение горения и жжения в губах, а также на наличие в тканях губ «шариков и узелков» (**рис. 7**).

УЗИ от 27.03.2023 (**рис. 8А**):

- В **верхней губе** определяются признаки присутствия филлера на основе ГК в виде анэхогенных включений справа и слева, неправильной формы, без четких границ (разрешение датчика достоверно не позволяет проследить четкую границу), размером до 3 мм в диаметре. УЗ-признаки воспаления в виде неоднородной структуры тканей повышенной эхогенности вокруг включений геля. Достоверных признаков миграции геля за красную кайму губ не определяется.
- В области **нижней губы** справа определяется гипозоногенное образование без четких контуров с признаками организации в виде повышенной эхогенности включений, размером 3×4 мм. Также имеются признаки наличия гиалуронового филлера в области правой и левой части нижней губы в виде гипозоногенного образования линейной формы до 2,0–2,2 мм, с нечеткими контурами.
- **Заключение:** УЗ-признаки наличия филлера на основе ГК в верхней и нижней губе с признаками воспаления. УЗ-признаки гематомы нижней губы справа.

Для устранения гиалуронового геля в ткани губ была введена гиалуронидаза 3000 ЕД.

Через неделю после ферментотерапии (10.04.2023) УЗИ показало улучшение структуры тканей относительно предыдущего УЗИ от 27.03.2023, но были видны остаточные

включения гиалуронового геля (**рис. 8Б**):

- В области верхней губы все так же видны участки пониженной эхогенности округлой и неправильной формы за счет присутствия гиалуронового геля, участков геля стало меньше по количеству и по объему, объем и толщина верхней губы уменьшились.
- Участки пониженной эхогенности нижней губы, вытянутой овальной формы, с контурами разной четкости (за счет присутствия в тканях геля ГК), участки геля уменьшились по количеству и объему.

Была проведена процедура радиочастотной микроигльчатой терапии с аппликатором Morpheus8: анестезия аппликационная, 24 pin, 2 мм 18J — 2 прохода.

После процедуры Morpheus8 отмечено значительное улучшение структуры тканей в зоне коррекции губ. Визуально на верхней губе отмечалась положительная динамика, структура тканей стала более однородной.

УЗИ через 3 нед после процедуры Morpheus8 (15.05.2023) (рис. 8В):

- **Верхняя губа:** при визуализации тканей отмечена положительная динамика, значительно уменьшились участки низкой эхогенности — до единичных линейных, эхогенность тканей выше в сравнении с УЗИ от 10.04.2023, структура более однородная.
- **Нижняя губа:** визуализируется филлер на основе ГК, но в меньшем количестве и по объему в виде гипо- и анэхогенных участков вытянутой овальной формы, динамика положительная, структура окружающих тканей более однородная.

Пациентка выразила удовлетворенность результатами процедуры Morpheus8. Она отметила, что после аппаратной процедуры губы приобрели изначальную форму и плотность, болевые ощущения прошли (рис. 9).

СЛУЧАЙ 3

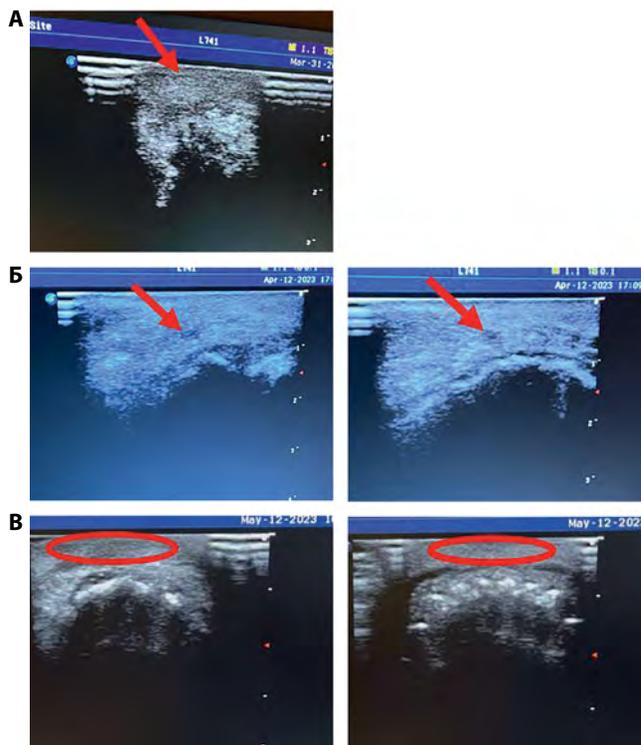
Пациентка Е., 35 лет, решила провести коррекцию формы губ с использованием геля на основе ГК. Однако после процедуры она осталась неудовлетворенной формой губ, особенно ее беспокоило уплотнение по центру верхней губы.

УЗИ от 31.03.2023 (рис. 10А):

- В области **верхней губы** в центральной части определяется зона повышенной эхогенности округлой формы, с нечеткими контурами, размером 2×3 мм. Также определяются участки пониженной эхогенности без четких контуров, размером до 1,5 мм, а также с четкими контурами — признаки наличия филлера на основе ГК. Имеются признаки дислокации филлера над верхней губой, имеются зоны пониженной эхогенности с достаточно ровными контурами, размером до 0,8–1,0 мм.



Рис. 9. Пациентка И., 26 лет. Губы после ферментотерапии и процедуры Morpheus8



Верхняя губа

Нижняя губа

Рис. 10. Пациентка Е., 35 лет. Прицельное УЗИ-сканирование области губ (аппарат Sonoscare, датчик 16 МГц): А — исходное состояние (31.03.2023), сканирование в В-режиме; Б — через неделю после ферментотерапии (12.04.2023), режим серой шкалы; В — через месяц после процедуры Morpheus8 (12.05.2023)

- В области **нижней губы** достоверных признаков миграции геля не обнаружено. Отмечаются участки пониженной эхогенности, анэхогенные с довольно четкими контурами, овальной формы, размером 0,1–2,0 мм (УЗ-признаки филлера на основе ГК).
- **Заключение:** Участок повышенной эхогенности округлой формы, без четко дифференцированных контуров в центральной части верхней губы — УЗ-признаки фиброзных изменений (гранулема?) центральной части верхней губы. Признаки дислокации филлера на основе ГК. УЗ-признаки присутствия филлера ГК в верхней и нижней губе.

Для устранения проблемы была введена гиалуронидаза 3000 ЕД.

Неделю спустя проведено УЗИ, которое показало частичное растворение геля и сохранение гранулемы.

УЗИ от 12.04.2023 (рис. 10Б):

- При сканировании губ в режиме серой шкалы в области **верхней губы** справа визуализируются единичные гипо- и анэхогенные участки до 1,5 мм (УЗ-признаки биodeградируемого геля на основе ГК). Также справа виден участок повышенной эхогенности без четких контуров, размером до 2,5 мм. В сравнении с УЗИ от 31.03.2023 отмечается положительная динамика: уменьшение данного участка в размере и некоторое снижение его эхогенности.
- В области **нижней губы** эхогенность тканей без изменений.
- **Заключение:** УЗ-признаки присутствия гиалуронового геля в области верхней губы, преимущественно справа, в стадии биodeградации. УЗ-признаки гранулемы верхней губы справа, положительная динамика от 31.03.23.

После ферментотерапии для частичного растворения геля и уменьшения гранулемы была проведена дополнительная коррекция остатков геля с использованием процедуры Morpheus8: 24 pin, 2 мм 19J — 1 проход, 3 мм 25J — 1 проход в элемент в центре губы (гранулема).

Контрольное УЗИ проводилось через месяц после применения процедуры Morpheus8.

УЗИ от 12.05.2023 (рис. 10В):

- На **верхней губе** достоверно не определяются анэхогенные участки и участки пониженной эхогенности, в динамике эхогенность тканей стала более однородной, признаков организованного участка в области верхней губы справа достоверно не лоцируется.
- На **нижней губе** дополнительных включений достоверно не лоцируется. Структура области нижней губы достаточно однородна.

Пациентка оценила результаты процедуры положительно. Она отметила, что после растворения геля гиалуронидазой обнаружила изменения в структуре верхней губы, которая стала менее плотной и немного «обмякшей», в то время как нижняя губа не подверглась заметным изменениям. Пациентка также подчеркнула положительный эффект использования аппарата Morpheus8, указав

на быстрое улучшение состояния верхней губы, которая стала более четкой и приобрела максимально естественный и привлекательный вид. Она описала ощущение от Morpheus8, будто прошла процедуру коррекции губ, отметив незначительный отек в первую неделю, который придавал губам естественную красоту. Пациентка подчеркнула, что процедура Morpheus8 в области губ была безболезненной, без необходимости в реабилитации и без появления гематом, выразив глубокую благодарность за качество предоставленной медицинской услуги.

СЛУЧАЙ 4

У пациентки В., 28 лет, из данного случая не было серьезных показаний для растворения геля (**рис. 11**). На осмотре врач не обнаружил проблем, но В. выразила беспокойство и недовольство состоянием губ и хотела удалить гель.

Была проведена процедура растворения геля гиалуронидазой 3000 ЕД.

Через неделю после ферментотерапии было проведено УЗИ, на котором в области нижней губы были выявлены множественные гипо- и анэхогенные тени, вызванные присутствием геля ГК.

УЗИ через неделю после ферментотерапии (17.04.2023) (**рис. 12А**):

- Структура ткани **верхней губы** неоднородна за счет участков низкой эхогенности неправильной овальной вытянутой формы (остатки филлера на основе ГК). В динамике участков стало меньше, размеры также уменьшены. Признаков миграции геля за пределы красной каймы достоверно не определяется. Окружающие ткани без УЗ-признаков воспалительных изменений.
- В **нижней губе** также лоцируются единичные фрагментированные участки низкой эхогенности с контурами разной четкости, размером до 1 мм, овальной вытянутой формы. Динамика положительная. Признаков миграции достоверно не лоцируется.
- **Заключение:** Положительная динамика после растворения филлера на основе ГК, присутствие филлера на основе ГК в остаточных количествах.

Пациентке была проведена процедура Morpheus8 по красной кайме губ. Через месяц



Рис. 11. Пациентка В., 28 лет. Внешний вид до лечения

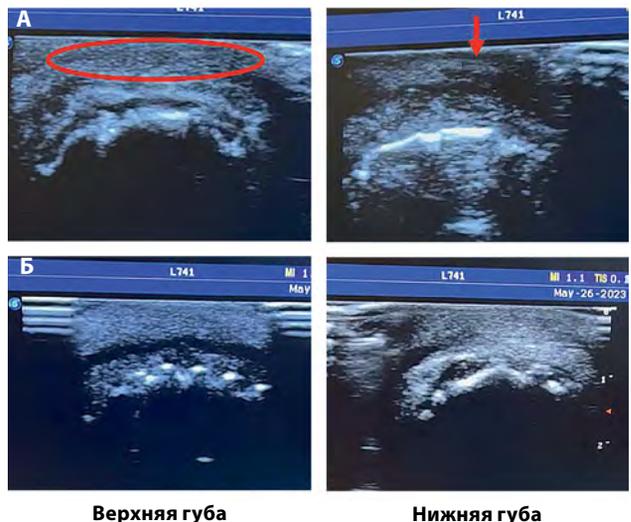


Рис. 12. Пациентка В., 28 лет. Прицельное УЗ-сканирование области верхней губы (аппарат Sonoscape, датчик 16 МГц, режим серой шкалы): А — через неделю после ферментотерапии (17.04.2023); Б — через месяц после процедуры Morpheus8 (26.05.2023)



Рис. 13. Пациентка В.: А — исходное состояние; Б — состояние через месяц после процедуры Morpheus8 по красной кайме

после процедуры в зоне верхней и нижней губы на УЗИ видно значительное уменьшение количества геля в обеих губах и полное его отсутствие за пределами красной каймы.

УЗИ через месяц после процедуры Morpheus8 (26.05.2023) (**рис. 12Б**):

- при сканировании верхней и нижней губы определяются мягкие ткани с четкими, ровными контурами, средней эхогенности, неоднородной эхоструктуры за счет единичных анэхогенных линейных включений (эхо-признаки наличия филлера на основе ГК) в нижней губе;
- убедительных данных наличия филлера за пределами красной каймы не получено;
- эхоструктура при лоцировании верхней и нижней губы более однородная, средней эхогенности.

После процедуры Morpheus8 пациентка осталась довольна и отметила более естественную форму губ и улучшение их качества (**рис. 13**).

Обсуждение

Технология Morpheus8 заключается в одновременном фракционном механическом и термическом RF-воздействии на кожу для стимуляции коллагенового каркаса дермального слоя и ремоделирования подкожной жировой ткани. Она включает в себя использование изолированных игл с возможностью регулировки глубины проникновения и автоматической синхронизации между проникновением игл и подачей RF-энергии. Импульсы можно подавать сериями на определенной глубине, что позволяет точно настроить процедуру

под конкретные задачи и тип тканей, минимизируя риск повреждения (**рис. 14**). Высокие уровни энергии обеспечивают большой объем коагуляционного повреждения и лучшее покрытие для достижения однородного эффекта.

В исследовании Kwak H.W. и соавт. были количественно изучены краткосрочные и среднесрочные эффекты RF-терапии на дермальные коллагеновые фибриллы у живых кроликов [5]. Использование радиочастотной энергии вызвало воспалительные реакции и активизировало миофибробласты, что указывает на стимуляцию процессов заживления. По истечении 30 дней было замечено, что диаметр коллагеновых фибрилл почти вернулся к исходному состоянию, что свидетельствует о регенерации тканей.

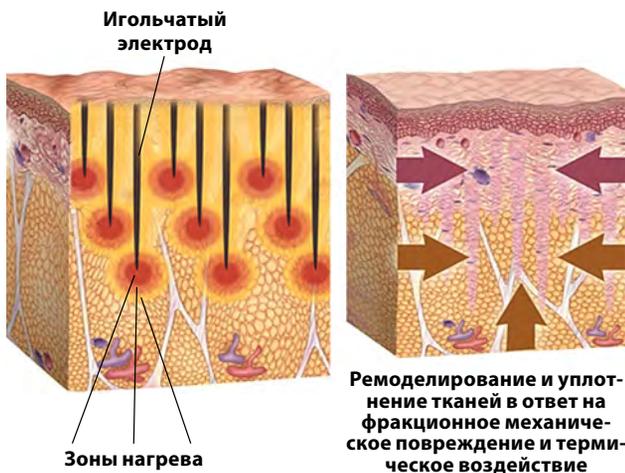


Рис. 14. Принцип работы технологии Morpheus8

Результаты показывают, что низкоэнергетическая и многопроходная RF-терапия более эффективно способствует сокращению и восстановлению коллагеновых фибрилл по сравнению с однократным высокоэнергетическим воздействием (рис. 15).

До настоящего момента отсутствовали исследования, посвященные применению RF-терапии для устранения последствий растворения ГК с помощью гиалуронидазы. Процедуры растворения ГК гиалуронидазой могут оставлять нежелательные изменения в тканях, включая деформацию тканей и неравномерность контуров. Чувствительность различных гелей ГК к ферменту гиалуронидазе разная, в связи с чем некоторые гели не поддаются полному растворению под воздействием фермента [2]. В итоге в тканях остаются включения нерастворившегося геля, которые придают губам неравномерность. Это сопровождается значительным уменьшением объема и плотности губ, и пациенты тяжело переносят такие резкие изменения.

В представленных случаях описываются результаты применения аппарата Morpheus8 у пациенток, у которых после биодеградации ГК-филлера с помощью гиалуронидазы через неделю на УЗИ были обнаружены остатки геля ГК. В обычной клинической практике в таких случаях рекомендуется повторное введение гиалуронидазы, за которым следует коррекция с использованием филлера ГК. Однако данные процедуры не всегда позволяют достичь оптимального результата. После введения гиалуронидазы в области губ могут формироваться полости с пониженной плотностью тканей, в которые при последующей коррекции мигрирует гиалуроновый гель, что ведет к визуальной заметной неравномерности структуры.

Представленные случаи позволяют предположить, что использование Morpheus8 может быть эффективным для коррекции таких изменений за счет стимуляции регенеративных процессов и улучшения структуры коллагенового каркаса. С учетом положительных результатов, демонстрируемых RF-терапией в других клинических ситуациях, можно сказать, что Morpheus8 оказывает положительное воздействие и в этих условиях.

По результатам клинических наблюдений, подтвержденных УЗИ-исследованием, отмечаются заметное улучшение структуры тканей, уменьшение участков с пониженной эхогенностью и положительная динамика после процедур. Это свидетельствует об эффективном воздействии радиочастотной энергии на глубокие слои кожи, содействующем ее подтяжке и укреплению.

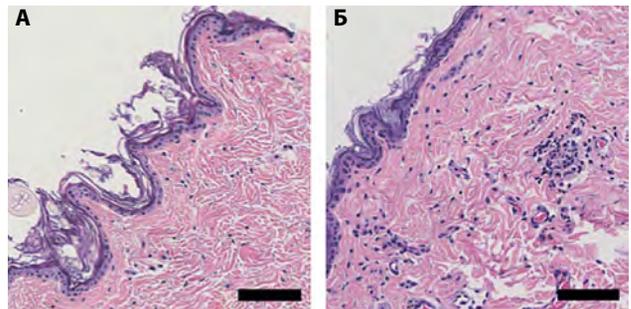


Рис. 15. Гистологические изображения кожи (окрашивание гематоксилин-эозином, 200×): А — до RF-воздействия; Б — через 30 дней после RF-воздействия (несколько проходов, 20 W). Длина отрезка: 100 мкм

Выводы

Радиочастотная микроигльчатая терапия на аппарате Morpheus8 представляет собой инновационную процедуру, которая не только эффективно стимулирует естественные процессы регенерации кожи с помощью комбинации микроигльчатой и RF-терапии, но и обладает способностью коррекции дермальных структур. Это открывает новые горизонты в лечении дерматологических состояний, требующих улучшения текстуры и упругости кожи. Методика Morpheus8, позволяя врачам контролировать глубину проникновения и интенсивность энергии, предоставляет индивидуальный подход к каждому пациенту, что увеличивает безопасность процедуры и способствует улучшению клинических исходов.

Особенно значительным является потенциал применения Morpheus8 в терапии последствий растворения гиалуроновой кислоты, где ожидается не только восстановление гладкости и эластичности кожи, но и коррекция контуров и профилей. Данный подход может существенно улучшить качество жизни пациентов, сталкивающихся с осложнениями после косметических процедур.

КОММЕНТАРИЙ ЭКСПЕРТА

Гайдаш

Наталья Владимировна

Главный редактор журнала
«Аппаратная косметология»

К. м. н., дерматовенеролог,
косметолог, специалист
по лазерным технологиям,
руководитель медицинского
центра «ТриАктив»

Радиочастотная микроигльчатая терапия (RF-микронидлинг) используется для прямой коррекции последствий введения гиалуроновой кислоты, в том числе и при образовании гранулемы инородного тела. Кроме того, ее с успехом можно применять и для работы с последствиями введения гиалуронидазы, когда структура и качество тканей меняется. В данной статье представлена подборка клинических случаев, в которых рассказывается о работе в очень сложной зоне — зоне губ. Мы видим прекрасные клинические результаты, подкрепленные УЗИ: RF-микронидлинг после ферментотерапии позволяет уплотнить ткани и восстановить их структуру, возвращая естественную красоту наших пациентов.

Литература

1. **Sito G., Manzoni V., Sommariva R.** Vascular Complications after Facial Filler Injection: A Literature Review and Meta-analysis. *J Clin Aesthet Dermatol* 2019; 12(6): E65–E72.
2. **Shumate G.T., Chopra R., Jones D., et al.** In Vivo Degradation of Crosslinked Hyaluronic Acid Fillers by Exogenous Hyaluronidases. *Dermatol Surg* 2018; 44(8): 1075–1083.
3. **Dayan E., Rovatti P., Aston S., et al.** Multimodal Radiofrequency Application for Lower Face and Neck Laxity. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2020; 8(8): e2862.
4. **Weiner S.F.** Radiofrequency Microneedling: Overview of Technology, Advantages, Differences in Devices, Studies, and Indications. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2019; 27(3): 291–303.
5. **Kwak H.W., Choi S., Cheong Y., et al.** Postoperative effect of radiofrequency treatments on the rabbit dermal collagen fibrillary matrix. *Microsc Res Tech* 2013; 76(3): 219–224.

Юрченко И.А.

Лечение первичного аксиллярного гипергидроза с использованием высокоинтенсивного сфокусированного фракционного радиочастотного микронидлинга FractoraDry Inmode®

Основной задачей эстетической медицины является anti-age терапия. Однако не стоит забывать и о таком важном заболевании, как гипергидроз, которое значительно усложняет социальную активность в стремительно растущем повседневном ритме. Малоинвазивная аппаратная косметология предлагает все более эффективные и долгосрочные методы борьбы с этим заболеванием. Применение радиоволновой насадки Fractora при данной патологии хорошо зарекомендовало себя в эффективном и долгосрочном результате лечения.

Ключевые слова: первичный аксиллярный гипергидроз, лечение гипергидроза, эккриновые потовые железы, апокриновые потовые железы, FractoraDry, Fractora Inmode®

Юрченко

Иван Анатольевич

Пластический эстетический хирург, отоларинголог Института пластической хирургии и косметологии, пластический эстетический хирург ALÉNA Aesthetic, Член РОПРЭХ, EAFPS, медицинский советник компании «Микроген», международный тренер компании MatexLab, Москва

Гипергидроз — это патологическое состояние, связанное с нарушением функции эккриновых потовых желез и проявляющееся повышенным потоотделением, превышающим физиологические потребности организма для поддержания нормальной температуры тела.

Основными разновидностями гипергидроза являются:

- Первичный (идиопатический) — причину его возникновения трудно установить стандартными клиническими методами. Чаще всего имеет локальный характер.
- Вторичный — возникает на фоне сопутствующей соматической патологии или как побочное действие некоторых лекарственных препаратов. Имеет генерализованное проявление.

По телу человека распределены примерно 2–4 млн потовых желез. Наибольшая их плотность отмечается на ладонях, стопах и в аксиллярной области — 600–700 на см². По своему строению и функциям потовые железы разделяются на апокриновые и эккриновые (**рис. 1**).

Эккриновые железы залегают в дерме на уровне 3–6 мм и составляют 75% общего количества всех потовых желез (**рис. 2**). Они выделяют прозрачную жидкость — собственно пот, не имеющий запаха и регулирующий теплоотдачу за счет испарения. Апокриновые железы расположены исключительно в аксиллярной

области, на ареолах молочных желез и в области промежности. Их секрет представлен молочно-белой жидкостью, приобретающей запах с присоединением бактериальной флоры (табл. 1).

Первичный гипергидроз представляет собой расстройство, при котором наблюдается избыточная потливость на руках, ногах, лице и в подмышечной области. Исследования показали, что при этом состоянии число эккриновых желез на единицу площади в области подмышек, на ладонях и стопах существенно возрастает.

Гипергидроз отражает исключительно гиперфункцию, а не гипертрофию желез. Предполагают, что подмышечный гипергидроз возникает из-за избыточной стимуляции эккриновых желез ацетилхолинэргическими нервными волокнами симпатической нервной системы. В результате выделяется больше пота, чем необходимо для терморегуляции.

На сегодняшний день для оценки выраженного потоотделения применяют различные методы:

- количественные (гравиметрия, эвапометрия);
- качественные (проба Минора, метод отпечатков, нингидриновый тест).

Первичный аксиллярный гипергидроз

Первичный аксиллярный гипергидроз (ПАГ), или чрезмерное потоотделение, ограниченное подмышечной областью, является изнурительным заболеванием, оказывающим негативное воздействие на социальное и психологическое благополучие человека [1].

Для лечения ПАГ разработаны несколько подходов, включая антиперспиранты, системные антихолинэргические препараты, лазерные и хирургические методы удаления потовых желез, например путем прямой резекции участка кожи,

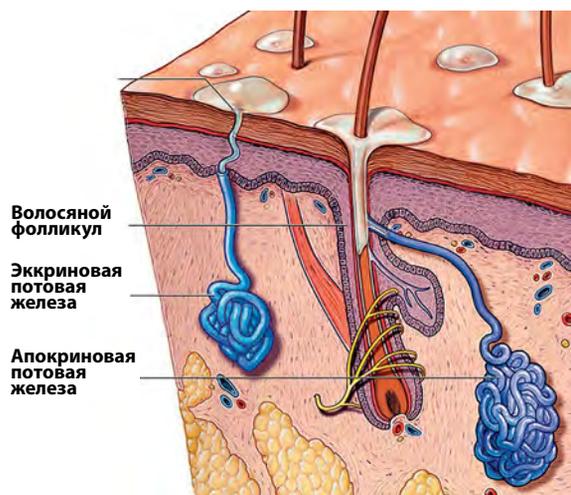


Рис. 1. Расположение апокриновых и эккриновых потовых желез

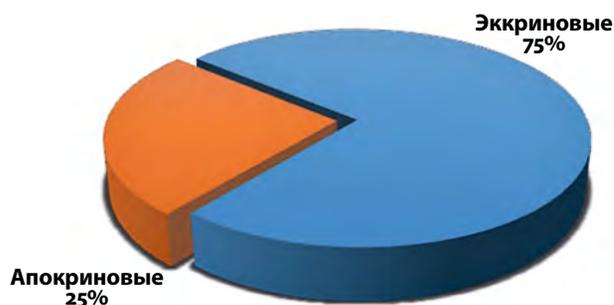


Рис. 2. Процентное соотношение апокриновых и эккриновых потовых желез

Таблица 1. Различия между апокриновыми и эккриновыми потовыми железами

Эккриновые потовые железы	Апокриновые потовые железы
Секрет прозрачный, лишенный запаха	Секрет молочно-белый, обуславливающий неприятный запах пота
Распределены по всему телу	Распределены преимущественно в области подмышек и гениталий
Локализованы в нижнем слое дермы	Локализованы на границе дерма/гиподерма
Контролируются симпатическими холинэргическими нервами	Контролируются симпатическими адренэргическими нервами

липосакции, кюретажа и др. Все эти варианты, как показывает клинический опыт, обеспечивают различную эффективность и терапевтические сроки [2].

Использование инъекций ботулинического токсина типа А является широко используемым малоинвазивным методом лечения ПАГ. Его ограничения включают в себя дискомфорт, относительно высокую стоимость и временный эффект от инъекций (3–6 мес) [3]. Сообщалось о долгосрочных результатах (12–14 мес) с использованием аппарата, генерирующего микроволновую энергию на границе эпидермиса и подкожной жировой клетчатки, что вызывало необратимый термоллиз апокриновых и эккриновых потовых желез [4, 5].

Недавние исследования предложили альтернативный вариант лечения первичного аксиллярного гипергидроза с объективными долгосрочными результатами. Проведенные исследования предполагают, что высокоинтенсивное фракционное радиочастотное воздействие (**HIFRF**, High intensity focused fractional radiofrequency) может применяться в терапии ПАГ. При использовании для лечения других дерматологических состояний HIFRF также показала более выраженный профиль безопасности по сравнению с обычной RF-терапией.

Fractora Inmode

Применение аппаратов, генерирующих радиоволновую энергию с точкой приложения на микроиглах, положительно зарекомендовало себя в эстетической косметологии для лечения глубоких морщин, пор и рубцов постакне [6].

Методика HIFRF одобрена FDA для коррекции морщин лица [7]. Поэтому мы предположили, что ее можно рассматривать как альтернативу традиционной терапии ПАГ. Для проверки этой гипотезы мы проспективно оценили эффективность применения насадки Fractora Inmode в качестве метода лечения ПАГ.

В нашей практике мы используем наконечник Fractora с 24 электродами длиной 3 мм, выполненными из хирургической стали, где каждая игла изолирована силиконом. Активной частью электродов является дистальный конец иглы, осуществляя нагрев только средних и глубоких слоев дермы (и частично гиподермы), без абляции эпидермиса. Под влиянием радиоволновой энергии происходит

коагуляция обоих видов потовых желез, а опосредованное воздействие приводит к термолизу желез вне зоны контакта с электродом. Этот факт подтверждается в гистологических исследованиях в виде уменьшения размера и плотности как эккриновых, так и апокринных желез.

Микроиглы являются положительными электродами, а маргинальные пластины — отрицательными. Именно этот факт позволяет безопасно использовать высокие значения энергии RF-импульса без риска абляции между микроиглами (рис. 3). Важно, что данная методика безопасна при использовании у пациентов, имеющих разные фототипы кожи.

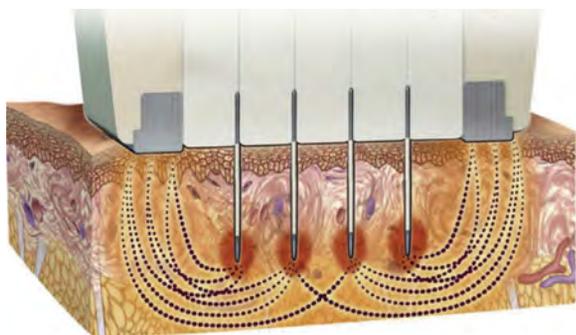


Рис. 3. Дистальные концы игл несут в себе положительный заряд, что исключает вероятность абляции между ними

Клиническое исследование

На базе нашей клиники было проведено клиническое исследование, в которое вошли 17 пациентов с выраженными симптомами ПАГ — 10 женщин и 7 мужчин, средний возраст 32,5 лет (19–46 лет), II–III фототип кожи. Оценка по Шкале тяжести гипергидроза (HDSS) составила 3 или 4.

Шкала HDSS (Hyperhidrosis Disease Severity Scale) является средством диагностики, предоставляющим возможность определить качественный показатель тяжести заболевания, его влияние на повседневную активность и оценку своего состояния пациентом (**табл. 2**).

Оценка результатов по HDSS: 1 или 2 балла соответствуют легким формам гипергидроза, 3 или 4 — тяжелым формам. Данная шкала может быть использована для анализа эффективности и удовлетворенности пациентов результатами лечения. Изменения на 1 пункт соответствуют улучшению на 50%, на 2 пункта — 75% исходного состояния.

Критерии исключения из исследования:

- сопутствующая терапия ПАГ в последние 12 мес (например, оперативное лечение или инъекции ботулинического токсина типа А в подмышечные области);
- имплантированный кардиостимулятор;
- склонность к образованию келоидных рубцов;
- период беременности или лактация;
- различные системные заболевания.

Перед каждой процедурой выполнялась инфильтрационная анестезия раствором артикаина гидрохлорида/адреналина гидрохлорида.

Для лечения ПАГ был выбран наконечник Fractora с 24 электродами длиной 3 мм, выполненными из хирургической стали, где каждая игла изолирована силиконом, а активной частью является дистальный конец. Используемые параметры радиоволнового воздействия — 30–40 Дж, 3 прохода по поверхности кожи с перекрытием 80%. Изначально всем пациентам был проведен 1 сеанс процедуры. В 12% случаев (2 из 17 пациентов) потребовалась повторная процедура через 1 мес, что связано с базовым выбором низких параметров энергии.

Через 4 и 8 мес после первого сеанса лечения 70,6% (12 из 17) и 59% (10 из 17) пациентов достигли показателя HDSS 1 или 2 соответственно. В краткосрочном периоде FractoraDry был несколько менее эффективным по сравнению с применением ботулинического токсина типа А. Однако в долгосрочном периоде использование FractoraDry показало значительный успех в лечении первичного аксиллярного гипергидроза.

Таблица 2. Оценка по Шкале тяжести гипергидроза

«Как бы вы оценили выраженность/интенсивность вашего потоотделения?»

1 балл: мое потоотделение всегда незаметно и не мешает повседневной деятельности

2 балла: мое потоотделение умеренно, является допустимым, но иногда мешает моей повседневной активности

3 балла: мое потоотделение едва терпимо и часто мешает моей повседневной активности

4 балла: мое потоотделение избыточно и всегда нарушает мою повседневную активность



Рис. 4. Состояние пациентки Е. сразу после процедуры HIFRF (А) и в динамике наблюдения (Б)



Рис. 5. Состояние пациентки Е. сразу после процедуры HIFRF (А) и в динамике наблюдения (Б)

Наиболее распространенными нежелательными эффектами стали временный отек и поствоспалительная гиперпигментация. Они были мягкими, хорошо переносимыми и полностью исчезали в течение 1 нед после каждого сеанса (рис. 4, 5).

Выводы

Важно отметить, что через 12 мес после финальной процедуры у всех пациентов показатели потоотделения, до лечения оцененные по шкале HDSS на 3 и 4, снизились до уровня 1 и 2 и сохранялись на нем в дальнейшем. Этот результат подтвержден данными йод-крахмального теста. Для предоставления статистически достоверных данных необходимо большее количество пациентов и стандартизация параметров лечения, а также более широкая выборка гистологических исследований.

Одним из преимуществ аппарата FractoraDry является то, что глубину радиочастотного термического воздействия можно контролировать и воздействовать на желаемую цель, не вызывая повреждения эпидермиса. Исходя из этого,

было высказано предположение, что FractoraDry может использоваться для необратимого повреждения потовых желез и применяться в качестве эффективного метода лечения первичного аксиллярного гипергидроза.

Литература

1. **Chilukuri S., Robb C.W., Weiner S.F., Grossman J.** Primary axillary hyperhidrosis treatment using high intensity focused fractional radiofrequency microneedling. *J Drugs Dermatol* 2018; 17(7): 745.
2. **Kim M., Shin J.Y., Lee J., Kim J.Y., Oh S.H.** Efficacy of fractional microneedle radiofrequency device in the treatment of primary axillary hyperhidrosis: A pilot study. *Dermatology* 2013.
3. **Doft M.A., Hardy K.L., Ascherman J.A.** Treatment of hyperhidrosis with botulinum toxin. *Aesthet Surg J* 2012; 32: 238–244.
4. **Hantash B.M., Renton B., Berkowitz R.L., Stridde B.C., Newman J.** Pilot clinical study of a novel minimally invasive bipolar microneedle radiofrequency device. *Lasers Surg Med* 2009; 41: 87–95.
5. **Lolis M.S., Goldberg D.J.** Radiofrequency in cosmetic dermatology: a review. *Dermatol Surg* 2012; 38: 1765–1776.
6. **Elsaie M.L., Choudhary S., Leiva A., Nouri K.** Nonablative radiofrequency for skin rejuvenation. *Dermatol Surg* 2010; 36: 577–589.
7. **Hong H.C., Lupin M., O’Shaughnessy K.F.** Clinical evaluation of a microwave device for treating axillary hyperhidrosis. *Dermatol Surg* 2012; 38: 728–735.

Дайяан Э.

Неинвазивная коррекция вульвовагинальной области

- Радиочастотная терапия является эффективным и безопасным методом восстановления тазового дна и неинвазивной лабиопластики.
- Биполярная радиочастотная технология с температурным контролем превосходит монополярную по эффективности нагрева вульвовагинальной ткани.
- Сочетание электромиостимуляции и радиочастотного воздействия может обеспечить комплексное неинвазивное восстановление вульвовагинальных тканей.

**Эрез Дайяан (Erez Dayan),
M.D.**

Avance Plastic Surgery, 5588
Longley Lane, Reno/Tahoe, NV
89511, USA

E-mail address:
DrDayan@avanceinstitute.com

С момента появления первых научных публикаций на тему хирургической лабиопластики и вульвовагинальной коррекции в 1980-х годах популярность этого направления эстетической медицины стремительно возросла [1]. Растущая востребованность эстетической коррекции интимной области объясняется ослаблением стигматизации, новыми тенденциями моды и увеличением количества фотоснимков, демонстрирующих обнаженное тело, в социальных сетях [2]. За последние 20 лет высокоэнергетические устройства, включая радиочастотные и лазерные (углекислотный лазер, CO₂-лазер; эрбиевый лазер на алюмоиттриевом гранате, Er: YAG-лазер) аппараты, успешно использовались для коррекции функциональных нарушений и эстетических дефектов [3]. Целью применения этих высокоэнергетических устройств являлись сокращение мягких тканей и стимуляция неоколлагеногенеза и неоангиогенеза. Показания к применению лазеров включали дряблость, сухость, атрофию влагалища, зуд, диспареунию и недержание мочи.

Er: YAG-лазеры испускают излучение с длиной волны 2940 нм и глубиной проникновения в ткани от 1 до 3 мкм при плотности энергии Дж/см², что позволяет наносить поверхностное повреждение в условиях ограничения термического воздействия на окружающие ткани. Механизм действия заключается в сокращении слизистой оболочки вульвовагинальной области за счет неоколлагеногенеза, при этом не происходит повышение тонуса влагалища. В различных устройствах сочетается микроимпульсный и длинноимпульсный режимы воздействия для контролируемого нагрева слизистых оболочек вагинального канала [4,5]. Применение устройств FotonaSmooth (Даллас, Техас, США), Action II (Гоян, Южная Корея) и MCL 31 Demablate (Йена, Германия) в ходе клинических исследований сопровождалось снижением сухости влагалища, ослаблением проявлений диспареунии по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), увеличением индекса вагинального здоровья, регрессом спонтанного недержания мочи, уменьшением объема

остаточной мочи после мочеиспускания, и ослаблением выраженности недержания мочи по Опроснику международного совещания по вопросам недержания мочи (International consultation on incontinence questionnaire-urinary incontinence, ICIQ-UI). Результаты гистологических исследований свидетельствовали об уплотнении, повышении эластичности и упругости стенок влагалища. Нежелательные явления характеризовались легкой степенью тяжести и включали транзиторный отек, переносимое ощущение жара и редкие мажущие выделения [6–9].

Для вульвовагинальной коррекции были разработаны многочисленные углекислотные лазеры — Femilift, SmratXide (Флоренция, Италия), MonaLisa Touch (Флоренция, Италия), AcuPulse (Йокнеам, Израиль), Co2RE Intima (Уэйленд, Массачусетс, США). При воздействии CO₂-лазера (10600 нм) абляция ткани происходит за счет поглощения энергии излучения водой, содержащейся в ткани. Специфичность CO₂-лазера в 20 раз ниже, чем Er: YAG-лазера, который вызывает большее распространение тепла в окружающие ткани, что приводит к неоколлагеногенезу и ремоделированию слизистой оболочки влагалища. Многочисленные исследования зафиксировали улучшение согласно опроснику ICIQ-UI, уменьшение сухости влагалища, ослабление проявлений диспареунии, улучшение показателей ВАШ для всех категорий симптомов и улучшение индекса вагинального здоровья (Vaginal health index, VHI). Нежелательные явления ограничивались слабовыраженным дискомфортом, отеком и легким кровотечением [10–12].

В этой статье основное внимание уделяется радиочастотной терапии, которая совсем недавно стала перспективным малоинвазивным методом коррекции половых губ и тазового дна. Радиочастотная (radiofrequency, RF) энергия применяется в разных областях медицины (например, в ортопедии, кардиологии, онкологии и т. д.). Впервые RF-энергия была использована для электрокоагуляции тканей в 1920-х годах [13]. RF-энергия представляет собой переменный электрический ток. При прохождении через ткани (например, кожу, мышцы, коллаген) ток встречает сопротивление с их стороны (импеданс), за счет этого происходит их нагрев согласно закону Ома: $J = I^2 \times R \times T$ (где J — термическая энергия, I — сила тока, R — импеданс ткани, and T — продолжительность воздействия) [14]. Например, коллаген имеет более высокий импеданс по сравнению с мышечными волокнами, поэтому при прохождении переменного тока нагревается сильнее в течение заданного промежутка времени [15]. В свою очередь при прохождении RF-тока подкожножировой слой нагревается в 7 раз сильнее, чем дерма, что приводит к некрозу жировой ткани при сохранении эпидермиса от термического повреждения [16].

Современные малоинвазивные и неинвазивные RF-технологии продемонстрировали многообещающие результаты интимного омоложения. За последние 10 лет были разработаны более совершенные (по сравнению с монополярной технологией) биполярные RF-устройства для объемного нагрева тканей-мишеней в течение всего времени обработки в условиях непрерывного контроля за температурой [17]. При использовании ранних монополярных RF-устройств нагрев ткани происходил при движении тока от поверхностного электрода к удаленной заземляющей пластине. Во многих монополярных устройствах отсутствовал контроль за температурой или производилось измерение

лишь температуры поверхностных тканей в качестве показателя внутренней температуры, что приводило к недостаточно эффективному нагреву или наоборот неконтролируемому выраженному нагреву с более высоким риском термического повреждения. Биполярная конструкция RF-устройств исключает необходимость в удаленной заземляющей пластине и, таким образом, позволяет проводить объемный нагрев тканей [18]. Биполярные устройства оснащены системой непрерывного мониторинга внутренней и внешней температуры, что значительно повышает безопасность и эффективность вульвовагинальной RF-терапии.

Обсуждение

На практике для вульвовагинальной RF-терапии используются как малоинвазивные, так и неинвазивные биполярные радиочастотные устройства. Дряблость вульвовагинальной ткани может возникать по разным причинам, включая естественное старение, роды, генетическую предрасположенность и механическое повреждение. Эти факторы могут привести к комплексным нарушениям, таким как стрессовое недержание мочи, атрофический вульвовагинит, диспареуния или эстетическая неудовлетворенность. Стрессовое недержание мочи широко распространено и охватывает до 35% всех взрослых женщин [3]. Согласно статистическим данным у 76% женщин наблюдаются симптомы сексуальной дисфункции, которые значительно влияют на качество жизни [19, 20].



Рис. 1. Биполярное радиочастотное устройство Aviva (InMode, Лейк-Форест, Калифорния, США) для коррекции малых и больших половых губ

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ БОЛЬШИХ И МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ

Для омоложения больших и малых половых губ используется комбинация малоинвазивной биполярной (Aviva, InMode, Лейк-Форест, Калифорния, США) и фракционной (Morpheus, InMode, Лейк-Форест, Калифорния, США) RF-технологий [21, 22] (рис. 1 и 2). Местная анестезия делает эти процедуры комфортными для пациента. Вначале необходимо подробно собрать медицинский анамнез, в том числе оценить реалистичность ожиданий пациента, а также произвести физикальный осмотр. Расстояние от средней линии до свободного края малых половых губ при латеральном расширении измеряется до и после обработки для оценки гипертрофии половых губ. При наличии гипертрофии расстояние составляет более 5 см.

Пациентам обычно проводят премедикацию в виде приема внутрь 10 мг диазепама и 5/325 мг гидрокодона с ацетаминофеном. Перед операцией показан однократный пероральный прием антибиотиков (цефалексин или ципрофлоксацин).

Пациент проходит стандартную предоперационную подготовку, его размещают на операционном столе, затем накладывают хирургическую простыню. В точки доступа на каудальном конце малых и больших половых губ с каждой стороны вводят от 3 до 5 мл 1% лидокаина с адреналином. Для создания канала доступа используется игла 14 G. Затем с помощью спинальной иглы 20 G

в зону предстоящей обработки вводят от 20 до 40 мл тумесцентного раствора (50 мл 2% лидокаина, 12 мл бикарбоната натрия, 1,5 мг адреналина на литр лактата Рингера). Затем на обрабатываемые участки наносят водорастворимый ультразвуковой гель, чтобы обеспечить проводимость для биполярного RF-тока. Внутренний электрод биполярного устройства вводится через канал доступа, внешний электрод располагается на поверхности половых губ. Перед началом обработки выставляются внешний и внутренний целевые температурные показатели 38°C и 60°C соответственно. Устройство перемещают в краниокаудальном направлении до достижения целевых температурных показателей и поддержания их в течение 30–45 с. Затем приступают к фракционной радиочастотной обработке больших и малых половых губ при следующих параметрах воздействия:

- глубина 4, 3 и 2 мм;
- уровень энергии от 20 до 30;
- режим двойного импульса;
- 50%-е перекрытие зон обработки.

В проведенных нами исследованиях эффективности данного подхода наблюдались значимые улучшения. Исходные показатели гипертрофии и протрузии половых губ в среднем составляли 4,4 см (1/— 1,3) и 3,9 см (1/— 2,3) соответственно. Через 6 мес после процедуры среднее уменьшение показателей составило 2,7 (1/— 2,2) и 3,1 (1/— 2,3) соответственно, что эквивалентно изменению на 38,6% (стандартное отклонение Т 15,3) и 20,5% (стандартное отклонение Т 17,4).

ИНТРАВАГИНАЛЬНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРАПИЯ

В нашей практике для омоложения тазового дна мы используем комбинацию неинвазивной биполярной (Votiva, InMode, Лейк-Форест, Калифорния, США) и фракционной (MorpheusV InMode, Лейк-Форест, Калифорния, США) RF-технологий в сочетании с электромиостимуляцией (EmPower Inmode Lake Forest, Калифорния, США) [21, 22] (рис. 3). Воздействие RF-тока на стенку влагалища стимулирует пролиферацию богатого гликогеном эпителия, неоваскуляризацию и образование коллагена. Как только при неинвазивном биполярном RF-воздействии достигается нагрев тканей до температуры 40 до 45°C, происходит запуск воспалительного каскада. Белки теплового шока стимулируют синтетическую активность фибробластов, что приводит к неоколлагеногенезу и неоэластиогенезу [4, 23].



Рис. 2. Фракционные радиочастотные устройства для коррекции малых и больших половых губ: А — Morpheus8, Б — Morpheus8V (InMode, Лейк-Форест, Калифорния)



Рис. 3. Внутренний аппликатор Votiva (InMode, Лейк-Форест, Калифорния) для укрепления мышц тазового дна

В предыдущем исследовании для оценки эффективности комбинированной терапии использовалось объективное измерение сократительной активности мышц тазового дна (Urostym, Portsmouth, NH). Была обнаружена прямая корреляция между комбинированной терапией и улучшением сокращения мышц тазового дна. Результаты гистологического исследования образцов слизистой оболочки влагалища через 3 мес после окончания курса терапии свидетельствовали об увеличении плотности эластиновых волокон по сравнению с исходным состоянием. Не было обнаружено признаков повреждения коллагеновых волокон на подслизистом уровне и образования рубцовой ткани после RF-обработки, что подтверждает отсутствие нежелательных явлений после фракционной RF-терапии.

На сегодняшний момент продолжаются исследования для оценки вклада электромиостимуляции в достигнутые улучшения. Согласно имеющимся данным все три метода обладают синергетическим эффектом.

Резюме

- Биполярная RF-технология является безопасным и эффективным методом коррекции функциональных и эстетических дефектов вульвовагинальной области.
- Безопасный контролируемый нагрев вульвовагинальных тканей стал возможен благодаря оснащению RF-устройств системой температурного контроля.
- Комбинация RF-технологий и электромиостимуляции может обеспечить синергетический эффект омоложения вульвовагинальной области.

Литература

1. **Mayer HF.** Vaginal labiaplasty: current practices and a simplified classification system for labial protrusion. *Plast Reconstr Surg* 2015;136(5):705e–6e.
2. **Goodman MP.** Female genital cosmetic and plastic surgery: a review. *J Sex Med* 2011;8(6):1813–25.
3. **Preminger BA, Kurtzman JS, Dayan E.** A systematic review of nonsurgical vulvovaginal restoration devices: an evidence-based examination of safety and efficacy. *Plast Reconstr Surg* 2020;146(5): 552e–64e.
4. **Tadir Y, Gaspar A, Lev-Sagie Ahinoam, et al.** Light and energy based therapeutics for genitourinary syndrome of menopause: consensus and controversies. *Lasers Surg Med* 2017;49(2):137–59.
5. **Karcher C, Sadick N.** Vaginal rejuvenation using energy-based devices. *Int J Womens Dermatol* 2016;2(3):85–8.
6. **Fistonc N, Fistonc I, Gustek S, et al.** First assessment of short-term efficacy of Er:YAG laser treatment on stress urinary incontinence in women: prospective cohort study. *Climacteric* 2015;18(Suppl 1): 37–42.

7. **Ogrinc UB, Sencar S, Lenasi H.** Novel minimally invasive laser treatment of urinary incontinence in women. *Lasers Surg Med* 2015;47(9):689–97.
8. **Pardo JI, Sola VR, Morales AA.** Treatment of female stress urinary incontinence with Erbium-YAG laser in non-ablative mode. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016;204:1–4.
9. **Lapii GA, Yakovleva A, Neimark A, et al.** Study of proliferative activity of vaginal epithelium in women with stress urinary incontinence treated by Er:YAG laser. *Bull Exp Biol Med* 2017;163(2):280–3.
10. **Athanasiou S, Pitsouni E, Grigoriadis T, et al.** Micro- ablative fractional CO2 laser for the genitourinary syndrome of menopause: up to 12-month results. *Menopause* 2019;26(3):248–55.
11. **Samuels JB, Garcia MA.** Treatment to external labia and vaginal canal with CO2 laser for symptoms of vulvovaginal atrophy in postmenopausal women. *Aesthet Surg J* 2019;39(1):83–93.
12. **Eder SE.** Early effect of fractional CO2 laser treatment in post-menopausal women with vaginal atrophy. *Laser Ther* 2018;27(1):41–7.
13. **Fisher GH, Jacobson L, Bernstein L, et al.** Nonablative radiofrequency treatment of facial laxity. *Dermatol Surg* 2005;31(9 Pt 2):1237–41 [discussion: 1241].
14. **Alster TS, Lupton JR.** Nonablative cutaneous remodeling using radiofrequency devices. *Clin Dermatol* 2007;25(5):487–91.
15. **Greene RM, Green JB.** Skin tightening technologies. *Facial Plast Surg* 2014;30(1):62–7.
16. **Youn A.** Nonsurgical face lift. *Plast Reconstr Surg* 2007;119(6):1951.
17. **Dayan E, Burns A, Rohrich R, et al.** The use of radiofrequency in aesthetic surgery. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2020;8(8):e2861.
18. **Dayan E, Theodorou S.** Not all radiofrequency devices are created equal: a thermal assessment. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2022;10(2):e4077.
19. **Berman JR, Adhikari SP, Goldstein I.** Anatomy and physiology of female sexual function and dysfunction: classification, evaluation and treatment options. *Eur Urol* 2000;38(1):20–9.
20. **Berman JR, Berman L, Werbin T, et al.** Female sexual dysfunction: anatomy, physiology, evaluation and treatment options. *Curr Opin Urol* 1999;9(6): 563–8.
21. **Dayan E, Ramirez H, Theodorou S.** Radiofrequency treatment of labia minora and majora: a minimally invasive approach to vulva restoration. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2020;8(4):e2418.
22. **Dayan E, Ramirez H, Westfall L, et al.** Role of radiofrequency (Votiva, InMode) in pelvic floor restoration. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2019;7(4): e2203.
23. **Qureshi AA, Tenenbaum MM, Myckatyn TM.** Nonsurgical vulvovaginal rejuvenation with radiofrequency and laser devices: a literature review and comprehensive update for aesthetic surgeons. *Aesthet Surg J* 2018;38(3):302–11.

Вострикова А.В.

Электромиостимуляция — новое направление в эстетической коррекции контуров тела с уникальными возможностями

Новая технология коррекции фигуры EVOLVE TRANSFORM (InMode, Израиль), сочетающая электрическую миостимуляцию с RF-терапией, стоит особняком от всех известных на сегодня методов аппаратной косметологии для коррекции фигуры. Воздействие многоуровневое — оно затрагивает кожу, подкожную жировую клетчатку и поверхностные мышцы. Но самое главное, что это воздействие максимально физиологично, поскольку имитирует собственные механизмы регуляции работы мишеней. В статье дается обоснование механизмов действия и клинических эффектов данной технологии, а также рассказывается о клиническом опыте ее применения.

Ключевые слова: коррекция фигуры, электрическая миостимуляция, магнитная миостимуляция

**Вострикова
Анна Вадимовна**

Врач-дерматовенеролог,
косметолог,
сертифицированный тренер
компании InMode

Коррекция фигуры без хирургического вмешательства и реабилитации — частый запрос, с которым обращаются к косметологам. Современные аппаратные технологии дают возможность неинвазивно (или малоинвазивно) менять контуры определенных областей тела, однако у каждой из одобренных технологий есть свои возможности и ограничения. Это связано не только со спецификой ответа со стороны клеток и тканей организма на действующий физический фактор, но и с его проникающей способностью.

Дело в том, что контур нашего тела создается многими анатомическими структурами, залегающими на разной глубине. Их строение изначально определяется генетикой, хотя образ жизни человека вносит существенные коррективы. С разными структурами работают разные специалисты: с костно-мышечной системой — ортопеды и травматологи, с висцеральным жиром — эндокринологи и нутрициологи, со связочно-мышечным аппаратом — врачи лечебной физкультуры и массажисты. Областью воздействия косметолога остаются кожа и подкожные ткани.

На **рис. 1** приведены примеры аппаратных технологий, с помощью которых косметологи осуществляют коррекцию контуров тела. Все они — вне зависимости от действующего фактора — направлены на кожу и подкожную жировую клетчатку. И только миостимуляция с помощью импульсных электрических токов (электромиостимуляция) позволяет выйти за пределы кожных тканей и подключить к борьбе за красивую фигуру скелетные мышцы. Причем делает это наиболее физиологичным из всех известных на сегодня способов. Почему? Давайте разбираться.

Скелет

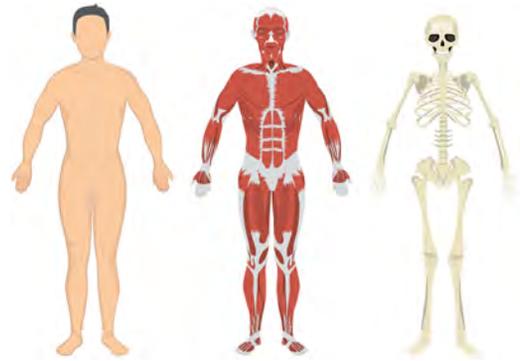
- Метод Илизарова

Висцеральный жир

- Коррекция питания
- Коррекция гормонального фона
- Физические упражнения

Связочно-мышечный аппарат

- Физические упражнения
- Электрическая миостимуляция: EvolveTone / InMode; TruSculpt FLEX / Cutera
- Магнитная миостимуляция: EmSculpt / BTL; CoolTone / Zeltiq-Allergan



Кожа (подкожная жировая клетчатка в первую очередь, соединительная ткань вторично)

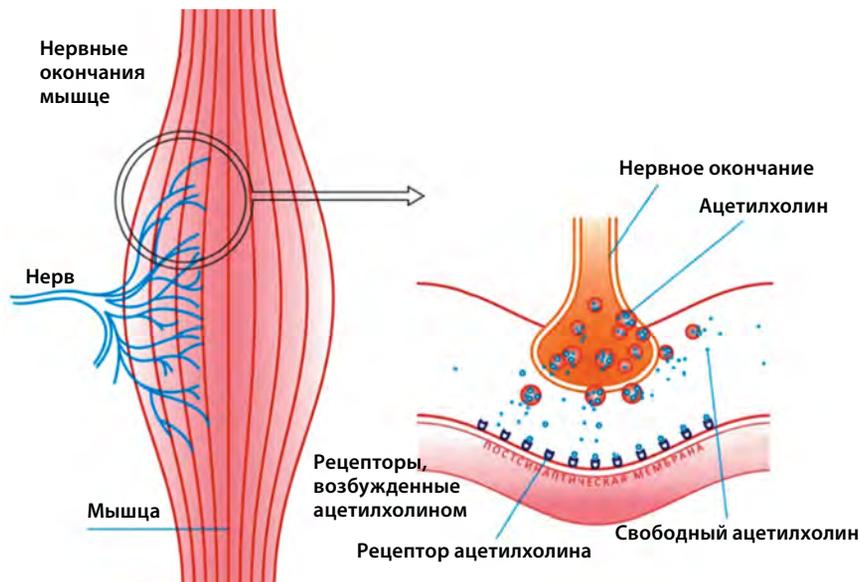
- RF-липолиз: Evolve Transform / InMode; Evoke / InMode
- RF-липосакция: BodeTite, FaceTite, NeckTite / InMode
- Неинвазивная RF-диатермия и электропорация адипоцитов: BodyFX / InMode
- Криолиполиз: CoolSculpting / Zeltiq-Allergan; Cocoon / CoolTech Medical
- Ультразвуковая кавитация: LipoSonic / Solta Medical; UltraShape / Candela
- Механотерапия: LPG, le Skin V6, Endospheres, Beautyizer

Рис. 1. Методы коррекции контуров тела

В чем физиологичность электромиостимуляции

Чтобы ответить на этот вопрос, вспомним, как сокращается мышца (рис. 2).

Волокна скелетных мышц иннервируются нервными волокнами, исходящими от крупных мотонейронов передних рогов спинного мозга. В свою очередь, каждое



Нервный импульс распространяется вдоль аксона двигательного нерва до нейромышечного синапса, где стимулирует выброс ацетилхолина



Ацетилхолин связывается с постсинаптической мембраной на стороне мышцы и стимулирует ее сокращение

Рис. 2. Нейромышечная стимуляция

нервное волокно после вхождения в брюшко мышцы ветвится и иннервирует от 3 до нескольких сотен волокон скелетной мышцы. В области средней части мышечного волокна нервное окончание формирует так называемое нервно-мышечное соединение (синапс), через которое и производится передача сигнала к сокращению.

Происходит это следующим образом. Нервный импульс в виде потенциала действия, распространяющегося вдоль аксона от тела мотонейрона к периферии, достигает синапса и провоцирует выброс нейромедиатора (в данном случае это ацетилхолин) в синаптическую щель. Ацетилхолин связывается с соответствующим рецептором на постсинаптической мембране мышечного волокна и запускает процесс сокращения мышцы.

Импульсный электрический ток, возникающий в непосредственной близости от нервного окончания, может сработать так же, как и естественный потенциал действия, — спровоцировать выброс ацетилхолина из нервного окончания в синаптическую щель, что вызовет сокращение мышечного волокна. Правда, чтобы это произошло, необходимо подобрать подходящие параметры электрического тока, такие как частота импульсов и мощность. По сути, с помощью подобного внешнего воздействия мы имитируем естественный запуск сокращения мышцы, что дает основание заявлять о максимальной физиологичности метода электромиостимуляции как такового.

Зачем нужно искусственно сокращать мышцы в контексте коррекции фигуры

Регулярная работа мышцы приводит к изменению ее объема, что скажется на контуре данного участка тела. Но все же не это является главной целью с точки зрения косметолога, а безопасный способ воздействия на труднодоступную мишень — подкожную жировую клетчатку.

Работающей мышце нужна энергия в виде энергетических субстратов. Об этом она сообщает всему организму с помощью сигнальных веществ — миокинов, которые запускают адаптационные реакции в разных органах и тканях (**рис. 3**) [1]. Эти реакции будут разными в соответствии с природой мишени (**рис. 4**), но все вместе они направлены на обеспечение мышцы всем необходимым для продолжительной и успешной работы [2]. Жировая ткань — одна из главных мишеней для миокинов, ведь она служит основным источником энергетических субстратов в организме.

Первым делом на запрос работающей мышцы откликаются ближайшие к ней подкожные жировые депо, поскольку путь к ним самый короткий. Однако если в интенсивную работу вовлечено много мышц одновременно, сигнал от них почувствует и висцеральный жир (**рис. 5**) — не случайно при регулярных и интенсивных спортивных тренировках объем висцерального жира постепенно уменьшается. Таким косвенным образом, через работающую мышцу, мы можем запустить липолиз в жировой ткани.

Кроме этого, в области работающей мышцы повышается кровоток и улучшается лимфодренаж. Это важно для поступления в мышцу необходимого количества

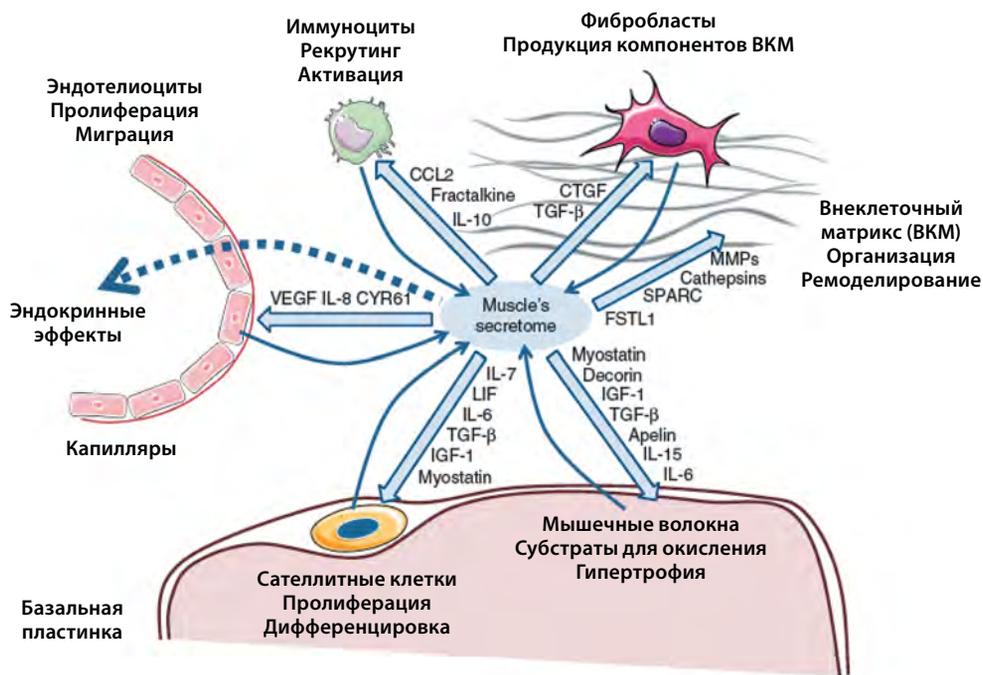
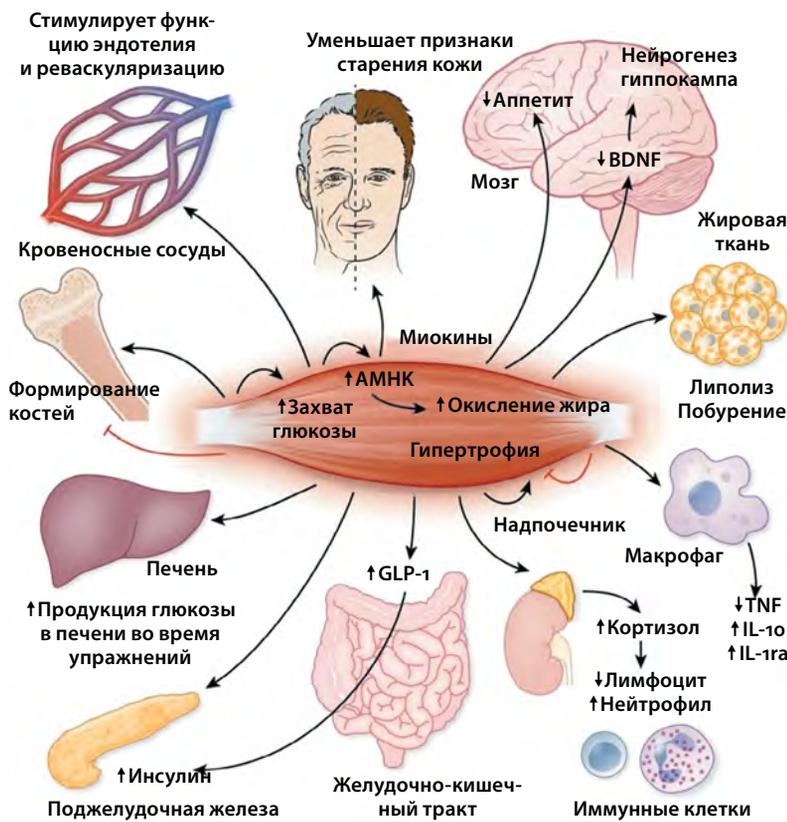


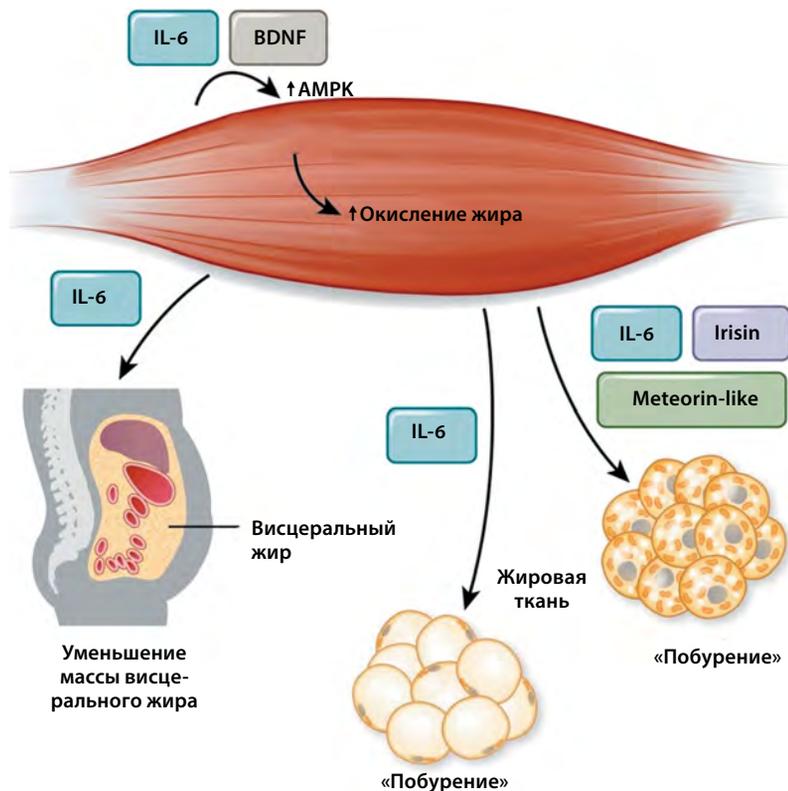
Рис. 3. Миокины — сигнальные вещества, выделяемые мышечными клетками [1]



- Миокины производятся и секретируются мышечными клетками для аутокринной, паракринной и эндокринной регуляции.
- Миокины участвуют в коммуникации между мышцами и другими органами
- Миокин IL-6 опосредует противовоспалительный эффект физической активности.
- Идентификация новых миокинов и их роли может стать перспективной стратегией для создания новых лекарств.
- Миокины могут быть биомаркерами для мониторинга и разработки специальных упражнений для больных, например, диабетом, онкологией, нейродегенеративными заболеваниями

Сокращения: IL — interleukin (интерлейкин); GLP-1 — Glucagon-like peptide-1 (глюкагоноподобный пептид-1); AMPK — AMP-activated protein kinase (5'аденозинмонофосфат-активированная протеинкиназа); TNF — tumor necrosis factor (фактор некроза опухоли); BDNF — brain-derived neurotrophic factor (нейротрофический фактор роста)

Рис. 4. Мышцы — активные участники гормональной регуляции [2]



- ИЛ-6 (IL-6) стимулирует липолиз, уменьшая объем висцерального жира.
- Иризин (Irisin), метеорин-подобный (Meteorin-like) белок и ИЛ-6 принимают участие в «побурении» белого жира
- ИЛ-6 и нейротрофический фактор роста (BDNF) стимулируют продукцию 5'аденозинмонофосфат-активированной протеинкиназы (AMPK) — фермента, контролирующего энергетический баланс клетки.

Рис. 5. Мышечная активность влияет на состояние на жировой ткани [2]

кислорода и энергетических субстанций, с одной стороны, и своевременного вывода продуктов обмена — с другой. Для жировой ткани это означает более быстрое отведение продуктов липолиза от места образования и предотвращение их обратного захвата адипоцитами с целью использования для повторного синтеза триглицеридов (форма запаса жира).

Какие технологии для электромиостимуляции существуют сегодня

Итак, **главный действующий фактор — это импульсный электрический ток с определенными параметрами (частота и сила импульсов)**. Именно он заставляет нервные окончания выбрасывать ацетилхолин и вызывать сокращение мышц.

Аппарат для электромиостимуляции — это всего лишь способ запустить такой ток вблизи целевой мышцы. Для этого можно использовать либо постоянное импульсное электрическое поле, либо переменное магнитное поле. Соответственно на рынке есть два варианта технологий для электромиостимуляции (рис. 6):

- 1) **аппараты с контактными электродами (электрическая стимуляция)** — после подачи напряжения между ними возникает электрическое поле. Эти ап-



Рис. 6. Рабочие насадки: А — контактные электроды (электрическая миостимуляция), Б — изолированная катушка индуктивности (магнитная миостимуляция)

параты исторически появились первыми, их отличительная черта — наличие двух электродов, которые размещают непосредственно на коже (должен быть так называемый электрический контакт) вблизи целевой мышцы;

- 2) **аппараты с катушкой индуктивности (магнитная стимуляция)** — при протекании через катушку переменного электрического тока возникает переменное магнитное поле. Подобные аппараты появились позже; их рабочая насадка имеет уплощенную форму и располагается на некотором расстоянии от тела или же на его поверхности, но с изоляцией (например, поверх одежды или на специальном материале).

И электрическое, и переменное магнитное поле формируют в ткани импульсные электрические токи, на которые реагируют нервные окончания. Однако идентичность действующего фактора еще не означает взаимозаменяемость этих двух технологий — у каждой есть своя специфика, которую необходимо учитывать на практике.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ТОКОВ С ГЛУБИНОЙ

Первое отличие касается профиля распределения токов с глубиной (**рис. 7**).

В случае контактных электродов максимально сильные токи формируются у поверхности, с глубиной их сила падает. В случае катушки индуктивности ситуация обратная — у поверхности токи слабые, с глубиной их сила увеличивается [3].

Соответственно, оптимальной мишенью для электрической стимуляции с помощью электродов будут более поверхностно расположенные и мелкие мышцы, для магнитной стимуляции — более глубокие и крупные мышцы.

СУБЪЕКТИВНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ

Импульсные токи могут «почувствовать» не только окончания мотонейронов, но и рецепторы боли (ноцицепторы). Они расположены у поверхности, поэтому в случае электрической стимуляции могут возникнуть болевые ощущения,

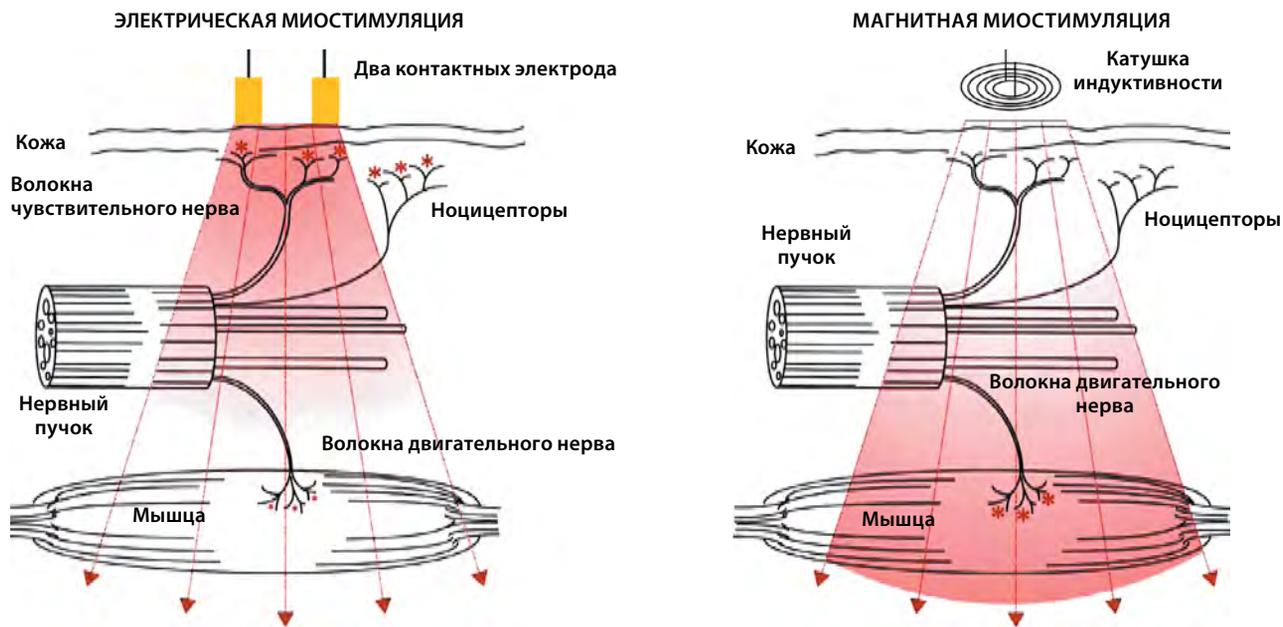


Рис. 7. Аппаратные методы внешней стимуляции сокращения мышц генерируют в тканях импульсы постоянного электрического тока низкой интенсивности, имитирующие потенциал действия в двигательных нейронах и стимулирующие выброс АцХ

усиливающиеся по мере увеличения силы тока. Это обстоятельство служит естественным ограничивающим фактором, который не позволяет повышать мощность тока в попытке «добраться» до более глубоких мышц.

При магнитной стимуляции болевых ощущений не возникает, поскольку на уровне ноцицепторов токи слабые и при этом зачастую недостаточные для стимуляции сокращения поверхностных мышц. Чтобы усилить поверхностные токи, необходимо поднять мощность. Но тогда более глубокие мышцы начнут слишком сильно сокращаться, что может быть не только неприятным для пациента, но и в принципе ненужным.

Таким образом, если мы хотим «потренировать» поверхностно расположенные и более тонкие мышечные волокна, следует выбирать электрическую стимуляцию с контактными электродами. Если более глубокие и крупные мышцы — магнитную стимуляцию с катушкой индуктивности. Кстати, это обстоятельство делает технологию магнитной стимуляции зачастую более подходящей, например, для решения задач спортивной медицины и реабилитации, а также урогинекологии (на рынке есть специальные аппараты в виде кресла — женщина на него садится, и переменное магнитное поле стимулирует работу мышц таза).

В **таблице** оба варианта стимуляции мышц представлены в сравнении.

Таблица. Аппаратные методы внешней стимуляции сокращения мышц: сравнительная таблица

	Электрическая стимуляция	Магнитная стимуляция
Действующий фактор	Импульсы постоянного электрического тока низкой интенсивности, имитирующие потенциал действия в двигательных нейронах и стимулирующие выброс ацетилхолина	
Рабочая насадка	Два контактных электрода, на которые подается напряжение в импульсном режиме	Катушка индуктивности, включенная в цепь переменного тока. Электрического контакта с кожей не имеет
Каким образом в ткани возникает электрический ток	Между электродами под напряжением возникает электрическое поле, в котором начинает течь электрический ток	Переменное магнитное поле, запускающее образование вихревых электрических токов (так называемые токи Фуко)
Изменение силы электрического тока с глубиной	Убывает	Возрастает
Оптимальная мишень	Поверхностные и более мелкие мышцы	Глубоко залегающие и крупные мышцы, головной мозг
Субъективные ощущения	Может возникнуть боль (в случае возбуждения ноцицепторов)	Боли нет, но может быть неприятно при сильных сокращениях мышц

Технология TRANSFORM от InMode

Еще раз подчеркнем, что сфера ответственности и компетенции врача-косметолога — это кожа. В этой связи электрическая стимуляция поверхностных мышц представляется более целесообразной по двум причинам.

Во-первых, они расположены вблизи подкожных жировых депо, и запрос от работающей мышцы на энергетические субстраты достигнет подкожной жировой клетчатки в первую очередь.

Во-вторых, работа поверхностных мышц усиливает микроциркуляцию в кожных тканях, что в целом благоприятно для клеточных и тканевых обменных процессов.

Новая технология **EVOLVE TRANSFORM** от InMode (Израиль) объединяет электрическую миостимуляцию с RF-терапией (рис. 8). Эти два варианта электротерапии удачно дополняют друга. Прогрев глубоких слоев кожи с помощью радиочастотного тока повышает «чувствительность» подкожных жировых депо к миокинам, запускающим липолиз. А усиление микроциркуляции в зоне воздействия способствует более быстрому отведению продуктов липолиза из жировых депо и их поступлению в мышцу. В результате объем локального жирового отложения заметно уменьшается.

У RF-терапии есть еще один специфический эффект — это уплотнение кожи [4]. Дело в том, что в зоне прогрева на некоторых участках коллагеновых волокон может произойти частичное разворачивание спирали. Такие участки становятся более доступной мишенью для матриксных протеиназ, которые начинают разрушать структурные вещества матрикса. Взамен фибробласты синтезируют новые структурные молекулы, происходит обновление дермального матрикса, а вместе с этим повышаются плотность и эластичность кожи.





Рис. 8. EVOLVE TRANSFORM (InMode, Израиль)

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Показаниями для проведения процедуры EVOLVE TRANSFORM являются:

- 1) локальные жировые отложения и целлюлит в любой стадии в области живота, ягодиц, бедер;
- 2) дряблая кожа и пониженный мышечный тонус в области живота, ягодиц, бедер, плеч;
- 3) поддержание мышечного тонуса в целевой области в целях профилактики атонии;
- 4) отечность и нарушение микроциркуляции в целевой области.

Противопоказания (общие для проведения процедур электрической миостимуляции):

- острые и хронические заболевания сердечно-сосудистой системы;
- обширные трофические язвы конечностей, открытые раны, гнойники и свищи;
- нарушения коагуляции (наследственные и приобретенные);
- наличие внутриматочной спирали у женщин;
- почечная и печеночная недостаточность;
- онкологические заболевания и доброкачественные опухоли неясного генеза;
- прогрессирующий тромбофлебит;
- желчнокаменная болезнь;
- острые и хронические заболевания крови и лимфатической системы;
- повышенная мышечная электровозбудимость;
- эпилепсия и эпилептический синдром;
- острые вирусные и инфекционные заболевания;
- психические расстройства;
- беременность в любом триместре
- повреждения кожи различного генеза в зоне работы.

Перед проведением процедуры необходима консультация специалиста.



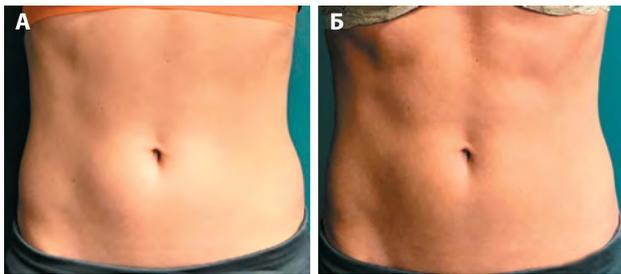
- ✓ ПРОЦЕДУРА 3-В-1
- ✓ НЕ ТРЕБУЕТ УЧАСТИЯ ПЕРСОНАЛА
- ✓ HANDS-FREE ТЕХНОЛОГИЯ
- ✓ СОЦИАЛЬНАЯ ДИСТАНЦИЯ
- ✓ ОТСУТСТВИЕ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ

Рис. 9. Процедуру EVOLVE TRANSFORM можно проводить на разных участках тела

Рис. 10. Процедура EVOLVE TRANSFORM комфортна для пациента и оператора

ОСОБЕННОСТИ И ПРЕИМУЩЕСТВА ТЕХНОЛОГИИ EVOLVE TRANSFORM

- 3-в-1: один аппликатор используется для ремоделирования кожи, уменьшения объема жировых отложений и повышения тонуса мышц.
- Воздействие на глубину до 3 см.
- Наличие 6 аппликаторов EVOLVE TRANSFORM позволяет осуществлять коррекцию любой области тела и нескольких зон одновременно (**рис. 9**).
- 54 температурных датчика контролируют температуру мягких тканей в области воздействия и исключают риск ожога.
- Непрерывная мышечная активация посредством электрического поля 10,8 В/см обеспечивает оптимальную нагрузку на целевые мышцы и при этом сводит к минимуму возможные болевые ощущения — процедура очень комфортна для пациента (**рис. 10**).

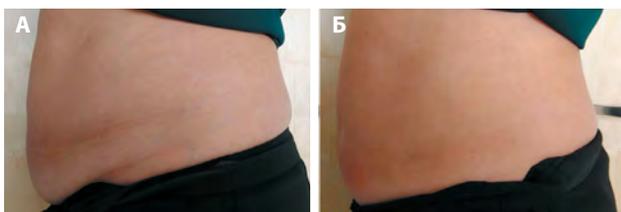


Пациентка Л., 34 года.

Задача: уменьшение подкожно-жировой прослойки в области живота.

Проведен курс из 5-им процедур EVOLVE TRANSFORM.

А — исходное состояние; Б — через неделю после 5-й процедуры.

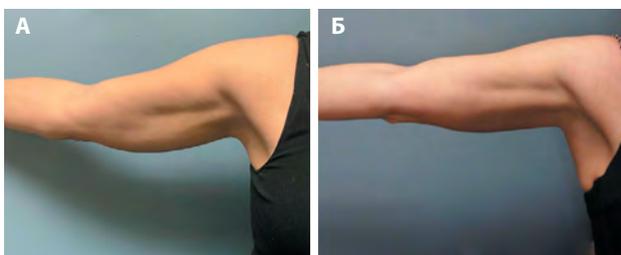


Пациентка О., 42 года.

Задача: уменьшить объем подкожного жира в области живота и боков, привести в тонус мышцы передней брюшной стенки.

Проведен курс из 6-ти процедур EVOLVE TRANSFORM.

А — исходное состояние; Б — через неделю после 6-й процедуры.



Пациентка А., 40 лет.

Задача: укрепить и сократить кожу внутренней поверхности плеча, привести в тонус мышцы плеча.

Проведен курс из 4 процедур EVOLVE TRANSFORM, пациентка продолжает посещать поддерживающие процедуры 1 раз в месяц.

А — исходное состояние; Б — после 4-й процедуры.



Пациент Д., 52 года.

Задача: укрепить мышцы плеча, улучшить состояние кожи внутренней поверхности плеча.

Проведен курс из 6 процедур EVOLVE TRANSFORM.

А — исходное состояние, Б — через неделю после 6-й процедуры.

Рис. 11. Примеры клинических случаев

- Hands-free технология — не требует участия оператора для удержания аппликаторов.

Уже после первой процедуры заметно уходит отечность (если она есть). Уменьшение объема жировых депо и уплотнение кожи требуют структурной перестройки кожных тканей, поэтому эффект начинает проявляться не сразу. На **рис. 11** представлены клинические примеры.

Базовый курс процедур EVOLVE TRANSFORM включает 3 процедуры, в среднем рекомендовано проведение 3–5 сеансов.

Трижды физиологично

Технология EVOLVE TRANSFORM, сочетающая электрическую миостимуляцию с RF-терапией, стоит особняком от всех известных на сегодня методов аппаратной косметологии для коррекции фигуры.

Воздействие многоуровневое — оно затрагивает кожу, подкожную жировую клетчатку и поверхностные мышцы. Но самое главное, что это **воздействие максимально физиологично, поскольку имитирует собственные механизмы регуляции работы мишеней:**

- 1) сокращение мышц — запускается естественным образом с помощью ацетилхолина, высвобождаемого из нервных окончаний; выброс ацетилхолина также происходит по естественному механизму — импульсные токи имитируют потенциал действия вблизи нервно-мышечного синапса;
- 2) липолиз в адипоцитах — запускается миокинами;
- 3) синтез структурных веществ дермального матрикса — запускается матриксными протеиназами, начинающими разрушать «старые» волокна.

Максимальная физиологичность и неинвазивность служат гарантией безопасности данной технологии. А эффективность подтверждается успешным клиническим опытом, о котором докладывают специалисты и который подтверждают довольные клиенты.

Литература

1. **Hoffmann C., Weigert C.** Skeletal Muscle as an Endocrine Organ: The Role of Myokines in Exercise Adaptations. *Cold Spring Harb Perspect Med.* 2017; 7(11): a029793.
2. **Severinsen M.C.K., Pedersen B.K.** Muscle-Organ Crosstalk: The Emerging Roles of Myokines. *Endocr Rev.* 2020; 41(4): 594–609.
3. **Weiss RA, Kinney BM.** Overview of principles in neuromuscular stimulation by electromagnetic fields: current state analysis with emphasis of magnetic stimulation technology in physiotherapy and aesthetics. https://www.niceclinic.com.tw/admin/main/images/papers/Emsculpt_CLIN_Principles-neuromuscular-stimulation_Weiss_EN100.pdf
4. **Mulholland R.S.** Radio frequency energy for non-invasive and minimally invasive skin-tightening. *Clin Plast Surg.* 2011; 38(3): 437–448.

Три мишени за один выстрел: комплексная трансформация контуров тела от EVOLVE TRANSFORM

Для гармоничного формирования контуров тела необходимо учесть особенности трех основных структур — кожи, подкожно-жирового слоя и мышц. Современные аппаратные технологии позволяют решить эту задачу посредством комфортных процедур, не требующих восстановительного периода. В статье рассмотрены возможности формирования контуров тела при помощи комбинации электромиостимуляции и радиочастотной терапии в рамках одной технологии.

Ключевые слова: формирование контуров тела, электромиостимуляция, радиочастотная терапия, EVOLVE TRANSFORM

Флегонтова

Елена Александровна

Кандидат медицинских наук, врач дерматолог, косметолог, физиотерапевт, генетический консультант, руководитель обучающих программ в ООО «КИТ МЕД», преподаватель и куратор программ в Global Academy

Нехирургическое формирование контуров тела занимает почетное 3-е место среди наиболее востребованных процедур эстетической медицины [1].

Контур нашего тела создается многими анатомическими структурами, залегающими на разной глубине, основные из них:

- кожа;
- мышцы;
- жировая ткань.

Соотношение этих трех элементов определяет подход к формированию контуров тела.

На сегодняшний день в распоряжении врачей имеется целая палитра неинвазивных / малоинвазивных аппаратных технологий, позволяющих воздействовать на мягкие ткани при помощи различных физических факторов (**табл. 1**).

Табл. 1. Коррекция контуров тела при помощи аппаратных технологий

Подкожно-жировой слой	Кожа	Связочно-мышечный аппарат
<ul style="list-style-type: none">■ Радиочастотный (RF) липолиз;■ RF-липосакция;■ фракционная RF-терапия;■ неинвазивная RF-диатермия и электропорация адипоцитов;■ криолиполиз;■ ультразвуковая (УЗ) кавитация;■ механотерапия.	<ul style="list-style-type: none">■ Радиочастотный лифтинг (RF-терапия);■ фракционная RF-терапия;■ УЗ-лифтинг■ лазерный лифтинг;■ плазменный лифтинг;■ микротоковая терапия■ механотерапия.	<ul style="list-style-type: none">■ Электрическая миостимуляция;■ магнитная миостимуляция.

За счет поверхностного расположения кожа и подкожно-жировой слой — более доступная мишень для воздействия, чего нельзя сказать о мышечной ткани.

Только миостимуляция посредством импульсных электрических токов и магнитного поля позволяет выйти за пределы кожных тканей и подключить к борьбе за красивую фигуру скелетные мышцы.

Как заставить мышцы «работать» при помощи методов аппаратной косметологии?

Регулярная работа мышцы приводит к изменению ее объема, что неизбежно скажется на контуре данного участка тела. Как происходит мышечное сокращение и можно ли заставить мышцу сокращаться при помощи внешнего воздействия?

Нервные волокна, иннервирующие скелетные мышцы, исходят от крупных мотонейронов передних рогов спинного мозга (рис. 1). Каждое нервное волокно после вхождения в брюшко мышцы ветвится и иннервирует от 3 до нескольких сотен волокон скелетной мышцы. В области средней части мышечного волокна нервное окончание формирует так называемое нервно-мышечное соединение (синапс), через которое и производится передача сигнала к сокращению.

Нервный импульс в виде потенциала действия, распространяющегося вдоль аксона от тела мотонейрона к периферии, достигает синапса и провоцирует выброс нейромедиатора (в данном случае это ацетилхолин) в синаптическую щель. Ацетилхолин связывается с соответствующим рецептором на постсинаптической мембране мышечного волокна и запускает процесс сокращения мышцы.

Импульсный электрический ток, возникающий в непосредственной близости от нервного окончания, может сработать так же, как и естественный потенциал действия. По сути, с помощью подобного внешнего воздействия мы имитируем естественный запуск сокращения мышцы.

Таким образом, технологии электромиостимуляции основаны на подаче импульсного электрического тока с определенными параметрами (частота и сила импульсов) к целевой группе мышц. Именно он заставляет нервные окончания выбрасывать ацетилхолин и вызывать мышечное сокращение.

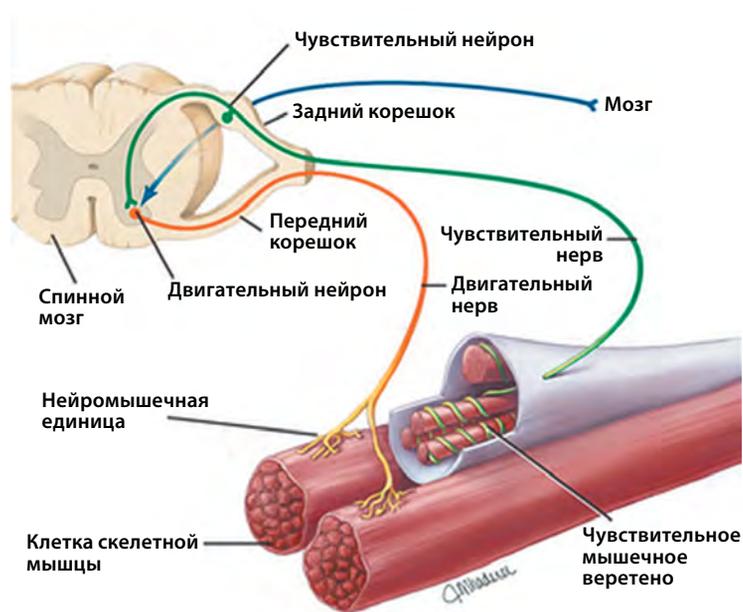


Рис. 1. Иннервация скелетных мышц

Супрамаксимальные сокращения усиливают мышечный рост

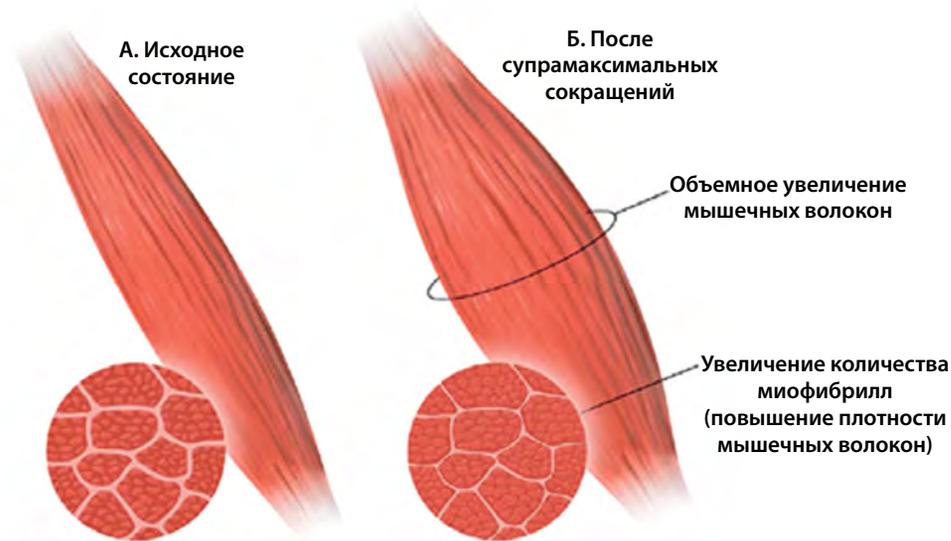


Рис. 2. При помощи курса процедур электромиостимуляции можно достичь утолщения волокон (гипертрофии) и повышения числа миофибрилл (гиперплазии)

Для этого можно использовать либо постоянное импульсное электрическое поле, либо переменное магнитное поле (**рис. 2**).

Под действием как электрического, так и переменного магнитного поля в ткани формируются импульсные электрические токи, на которые реагируют нервные окончания. Тем не менее идентичность действующего фактора еще не означает взаимозаменяемость этих двух технологий — у каждой есть своя специфика, имеющая важное практическое значение.

При осуществлении электромиостимуляции максимально сильные токи формируются у поверхности, с глубиной их сила падает. В случае воздействия магнитного поля ситуация обратная: у поверхности токи слабые, с глубиной их сила увеличивается [2].

Соответственно, оптимальной мишенью для электрической стимуляции будут более поверхностно расположенные и мелкие мышцы, для магнитной стимуляции — более глубокие и крупные мышцы.

Это обстоятельство делает технологию магнитной стимуляции зачастую более подходящей, например, для решения задач спортивной медицины и реабилитации.

В случае формирования контуров тела помимо мышечной ткани необходимо охватить воздействием еще два звена — жировую ткань и кожу. В этом контексте электрическая стимуляция поверхностных мышц представляется более целесообразной.

Для сокращения мышце нужна энергия в виде энергетических субстратов, основным источником которых в организме служит жировая ткань. Мышечные клетки выделяют сигнальные молекулы — миокины, запускающие адаптационные реакции в разных органах и тканях. Жировые клетки реагируют на поступающие сигналы путем запуска интенсивного липолиза (**рис. 3**) [3].

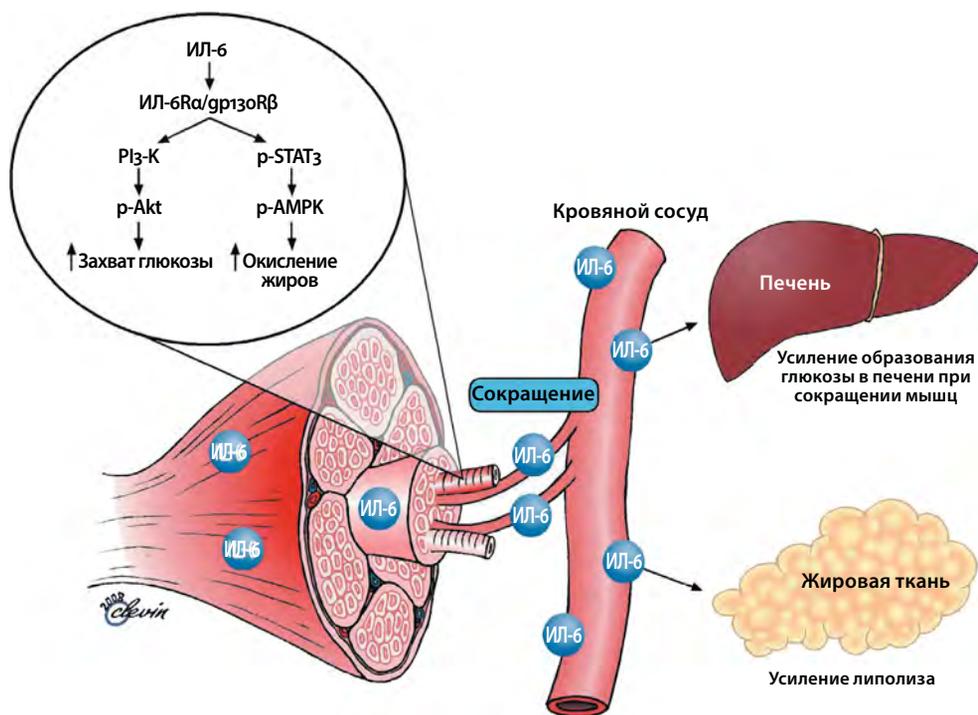


Рис. 3. При сокращении мышечные волокна экспрессируют миокин ИЛ-6, который впоследствии оказывает свое действие как локально внутри мышцы, так и — при попадании в кровоток — периферически в нескольких органах гормоноподобным образом: ИЛ-6 активизирует процессы образования глюкозы в печени, а также липолиза в жировой ткани [3]

В области работающей мышцы усиливается кровоток и улучшается лимфодренаж. Это важно для поступления в мышцу необходимого количества кислорода и энергетических субстанций, с одной стороны, и своевременного вывода продуктов обмена — с другой. Для жировой ткани это означает более быстрое отведение продуктов липолиза от места образования и предотвращение их обратного захвата.

Кожа также выигрывает от локального усиления микроциркуляции, благотворно сказывающегося на клеточных и тканевых обменных процессах. Тем не менее этого недостаточно для значимых структурных и функциональных улучшений состояния кожи, повышения ее упругости, коррекции возрастных изменений.

Технология формирования контуров тела EVOLVE TRANSFORM

EVOLVE TRANSFORM (InMode, Израиль) — единственная технология, обеспечивающая воздействие на все три элемента с целью комплексной трансформации контуров тела:

- ремоделирования кожи;
- разрушения жировой ткани;
- повышения тонуса мышц.

Рабочая платформа EVOLVEX оснащена очень мощным электрическим генератором и может передавать однонаправленный постоянный ток на шесть

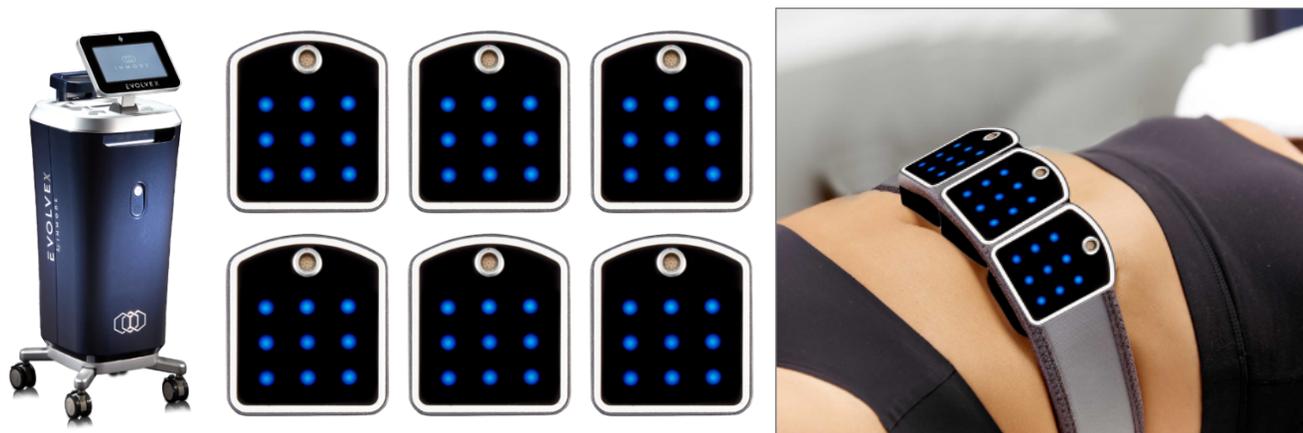


Рис. 4. EVOLVE TRANSFORM (InMode) — универсальный инструмент формирования контуров тела



Рис. 5. Технология EVOLVE TRANSFORM обеспечивает два типа воздействия: А — электромиостимуляцию; Б — RF-термостимуляцию. Комбинированное воздействие позволяет достичь сразу трех эффектов — ремоделирования кожи, уменьшения объема жировых отложений и повышения тонуса мышц

аппликаторов TRANSFORM, надежно закрепленных на коже с помощью системы ремней EVOLVE (рис. 4).

Каждый из аппликаторов оказывает два вида воздействия, прекрасно дополняющих друг друга (рис. 5).

1. Высоковольтная биполярная RF-термостимуляция главным образом нацелена на уплотнение кожи. В зоне прогрева на некоторых участках коллагеновых волокон может произойти частичное разворачивание спирали. Подобные участки становятся более доступной мишенью для матриксных протеиназ, которые начинают разрушать структурные вещества матрикса [4]. Это служит сигналом для синтеза новых структурных молекул фибробластами: происходит обновление дермального матрикса, а вместе с этим повышаются плотность и эластичность кожи.

Еще один важный эффект RF-термостимуляции — подготовка тканей к электромиостимуляции. Прогрев глубоких слоев кожи с помощью радиочастотного тока повышает «чувствительность» подкожных жировых депо к миокинам, запускающим липолиз. А усиление микроциркуляции в зоне воздействия способствует более быстрому отведению

продуктов липолиза из жировых депо и их поступлению в мышцу. В результате объем локальных жировых отложений в зоне воздействия заметно уменьшается.

2. Электромиостимуляция

Высоковольтный, высокочастотный, длинноимпульсный постоянный ток биполярных аппликаторов течет от положительного электрода через жировую ткань и стимулирует двигательные нервы целевой мышцы, индуцируя ее сокращение.

Evolve Transform: супрамаксимальное и супрафизиологическое сокращение

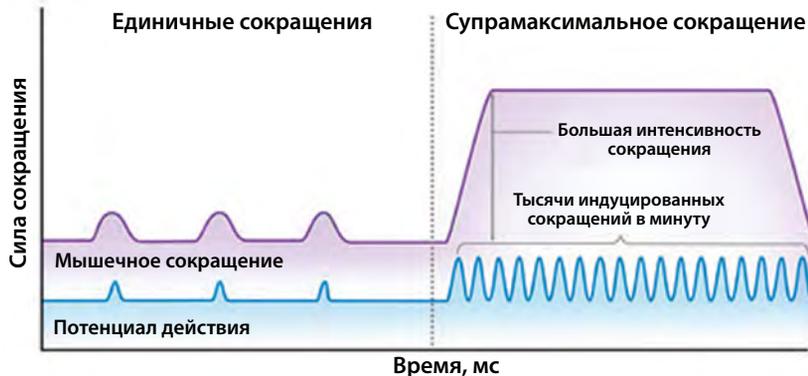


Рис. 6. При постепенном увеличении напряжения постоянный ток с высокой частотой и длительностью импульса быстро проходит через подкожно-жировой слой к нижележащим двигательным нервам и мышцам. Вся мышца охвачена сокращением, параметры воздействия обеспечивают устойчивые, сверхфизиологические (тетанические) сокращения [5]

Поскольку параметры воздействия являются супрафизиологическими (энергия, частота и длительность импульса), происходит супрамаксимальное (тетаническое) сокращение целевой мышцы (**рис. 6**).

Курс из нескольких процедур устойчивого супрафизиологического сокращения в течение нескольких недель приводит к повышению транскрипционной мРНК, рРНК и посттрансляционной продукции белка, новых миофибрилл и миофиламентов. В результате произойдет гипертрофия и гиперплазия самой мышцы, а также улучшения контуров тела [5].

Комбинация глубокого термического эффекта и электромиостимуляции вызывает гипертермический апоптоз и текучесть мембран, благодаря этому достигается эффект одновременного разрушения жировых отложений и уплотнения кожи для выраженного улучшения контуров тела (**рис. 7**).

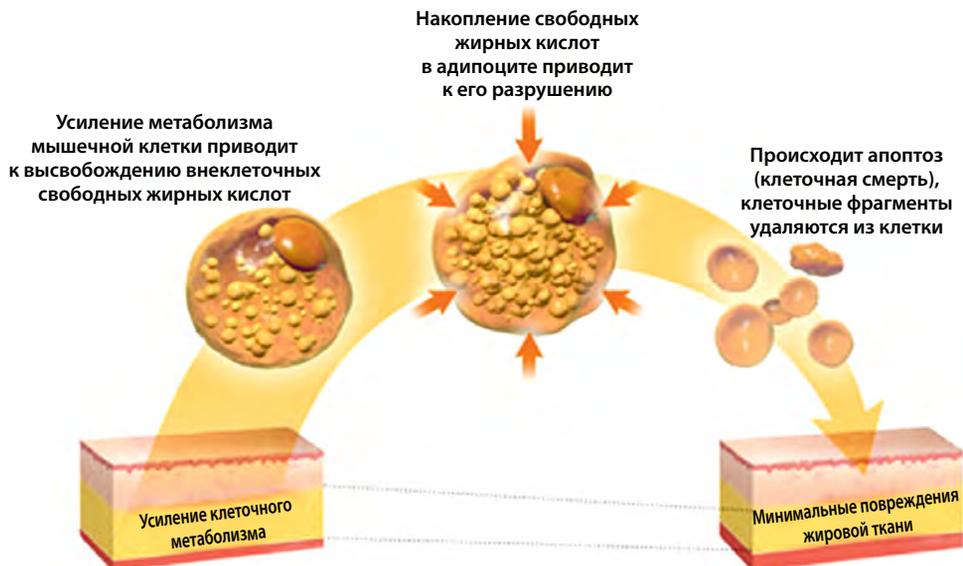


Рис. 7. Супрамаксимальные сокращения приводят к резкому изменению обмена веществ жировой ткани, окружающей мышцы. Согласно ряду исследований супрамаксимальные сокращения запускают апоптоз адипоцитов и уменьшение жировой ткани [5]

Особенности и преимущества технологии EVOLVE TRANSFORM

- 3-в-1: один аппликатор используется для ремоделирования кожи, уменьшения объема жировых отложений и повышения тонуса мышц.
- Наличие 6 аппликаторов EVOLVE TRANSFORM позволяет осуществлять коррекцию любой области тела и нескольких зон одновременно.
- 54 температурных датчика позволяют контролировать степень и глубину нагрева; внешний индикатор сигнализирует о достижении каждым из аппликаторов заданной температуры.
- ЖК-монитор делает возможным наблюдение за эффективностью работы каждого аппликатора в любой момент процедуры.
- Электромиостимуляция с тщательно подобранными параметрами электрического воздействия обеспечивает оптимальную нагрузку на целевые мышцы и при этом сводит к минимуму возможные болевые ощущения.
- Hands-free технология — не требует участия оператора для удержания аппликаторов, а также обеспечивают социальную дистанцию между врачом и пациентом во время процедуры.
- Изолированное или синергетическое проведение процедур адаптировано к индивидуальным потребностям пациента.
- Устройство безопасно и эффективно при любом фототипе кожи.

Показаниями для проведения процедуры EVOLVE TRANSFORM являются:

- 1) локальные жировые отложения и целлюлит в любой стадии в области живота, ягодиц, бедер;
- 2) дряблая кожа и пониженный мышечный тонус в области живота, ягодиц, бедер, плеч;
- 3) поддержание мышечного тонуса в целевой области в целях профилактики атонии;
- 4) отечность и нарушение микроциркуляции в целевой области.

Уменьшение отека заметно уже после первой процедуры. Уплотнение кожи и снижение объема жировых отложений требуют структурной перестройки кожных тканей, поэтому эффект становится заметен через несколько процедур. Базовый курс процедур EVOLVE TRANSFORM включает 3 процедуры, в среднем рекомендовано проведение 3–5 сеансов.

Заключение

За счет разнообразия технологий EVOLVE TRANSFORM является универсальным инструментом формирования контуров тела.

Комбинация процедур позволяет оказывать многоуровневое воздействие — глубокий нагрев дермального и подкожно-жирового слоя в сочетании с электростимуляцией целевых мышц.

Преобразование контуров тела происходит гармонично: увеличение силы и объема мышц достигается одновременно с разрушением жировых отложений и уплотнением кожи.

Учитывая отсутствие необходимости в восстановительном периоде и комфортность процедуры EVOLVE TRANSFORM можно считать оптимальным ответом на потребности современных пациентов.

Литература

1. **Guo Y., E Phillips B., Atherton P.J., Piasecki M.** Molecular and neural adaptations to neuromuscular electrical stimulation; Implications for ageing muscle. *Mech Ageing Dev* 2021; 193: 111402.
2. **Weiss R.A., Kinney B.M.** Overview of principles in neuromuscular stimulation by electromagnetic fields: current state analysis with emphasis of magnetic stimulation technology in physiotherapy and aesthetics. https://www.niceclinic.com.tw/admin/main/images/papers/Emsculpt_CLIN_Principles-neuromuscular-stimulation_Weiss_EN100.pdf
3. **Pedersen B.K.** The disease of physical inactivity — and the role of myokines in muscle — fat cross talk. *J Physiol* 2009; 587(Pt 23): 5559–5568.
4. **Mulholland R.S.** Radio frequency energy for non-invasive and minimally invasive skin tightening. *Clin Plast Surg.* 2011; 38(3): 437–448.
5. **Mulholland R.S.** The InMode book: basic science, technologies & treatments. BoomerangFX International SRL, 2021.

Радиочастотная микроигольчатая терапия и нитевой лифтинг: до или после? Обзор комбинированного применения методов

Комбинация нитевого лифтинга и микроигольчатой радиочастотной терапии способна обеспечить выраженный эффект омоложения лица, главное — правильно выбрать протокол воздействия, исходя из принципа «не навреди». В статье приводятся результаты лабораторных исследований и клинический опыт, на основе которых автором сформированы рекомендации по совместному применению методов. Каждый доктор вправе выбрать свой алгоритм сочетания методов, но с пониманием процессов, проходящих на тканевом уровне.

Ключевые слова: нитевой лифтинг, микроигольчатая радиочастотная терапия, омоложение лица, *retinaculum cutis*, сочетанное воздействие, Morpheus8

Лысикова Виктория Александровна
Ведущий специалист ЦКиНТ «Век Адалин», ассистент кафедры «Пластической реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий» РНИМУ им. Н.И. Пирогова, амбассадор IPSEN, победитель конкурса Doctor Star 2021

Омоложение лица при помощи комбинации методов пусть и не самый простой, но эффективный подход, поскольку лицо — это весьма деликатная анатомическая область со сложной многослойной структурой. Процесс старения затрагивает все анатомические слои лица — кожу, подкожно-жировую клетчатку, мышцы, глубокие жировые компартменты, надкостницу и кости. В этом случае необходимо решить целый комплекс задач, поэтому важно правильно выбрать терапевтические мишени и методы воздействия на них.

Дермальный слой наиболее часто становится целью номер один, ведь именно от него зависит плотность и упругость кожи. Путем применения аппаратных, инъекционных методов и топической терапии мы стараемся запустить процесс ремоделирования кожи — разрушить измененные в процессе хроно- и фото-старения структурные компоненты дермы и стимулировать синтез новых.

Однако не стоит забывать, что кожа — самый поверхностный слой лица, поэтому для формирования молодого контура мягких тканей лица необходимо также сфокусировать свое внимание на сети связок, фиксирующих кожу к подлежащим тканям (**рис. 1**) [1, 2].

Эта сеть начинается от надкостницы и, ветвясь, проходит через все слои мягких тканей:

- мышцы (формирует удерживающие связки);
- жировой слой и дерму (образует фибросептальную сеть, которая разделяет жировую ткань на дольки и затем крепится к дерме, формируя связки кожи — *retinaculum cutis*; RC).

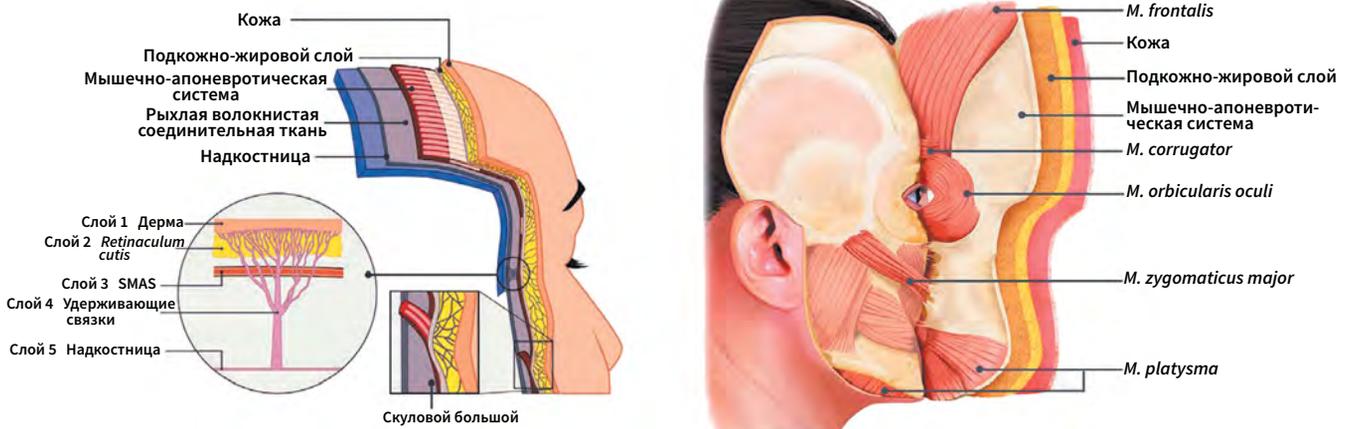


Рис. 1. Мягкие ткани лица: А — пять слоев лица; Б — мышцы и связки лица [3]

RC защищают кожу от гравитации и растяжения, а также сохраняют трехмерную волокнистую структуру (рис. 2) [3]. С возрастом происходит уменьшение площади и толщины RC, параллельно усугубляется дряблость кожи (рис. 3, 4) [4, 5].

Еще одним состоянием, для которого характерна низкая плотность расположения RC, является синдром дисплазии соединительной ткани. При этом заболевании с генетической предрасположенностью кожа тонкая, вялая, гиперрастяжимая, с низким регенераторным потенциалом и более ранним появлением признаков старения (рис. 5) [6].

Фибросептальная сеть (ФСС) / RC представляет интерес для лицевых хирургов и косметологов, поскольку выполняет функцию опоры и фиксации мягких тканей лица.

Для одновременного воздействия на кожу и ФСС используется комбинация нитевого лифтинга и радиочастотной микроиглолчатой терапии, однако в вопросе очередности применения методов и временного интервала между ними все еще нет общепризнанного алгоритма.

Радиочастотная микроиглолчатая терапия и нитевой лифтинг — биологические эффекты на тканевом уровне

НИТЕВОЙ ЛИФТИНГ

Методики нитевого лифтинга мягких тканей лица отличаются между собой по материалам, конфигурации нитей и технике введения.

В случаях, когда необходимо не только сместить и зафиксировать мягкие ткани, но и запустить омоложение кожи, применяются биостимулирующие нити. В тканях

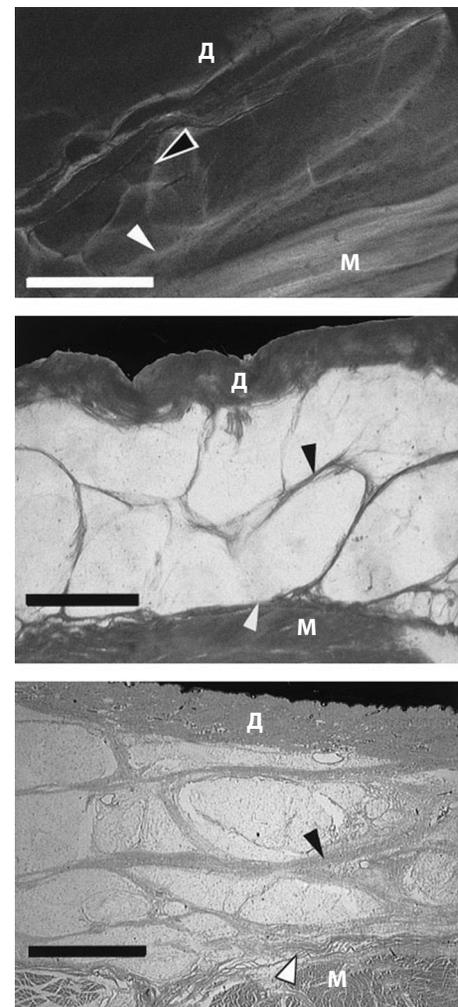


Рис. 2. Кожные связки (retinaculum cutis; RC) / фибросептальная сеть жировой ткани (ФСС) передней поверхности предплечья. Белые стрелки — глубокая фасция, черные — RC. М — мышца; Д — дерма [3]

Легкая степень дряблости кожи

Выраженная дряблость кожи

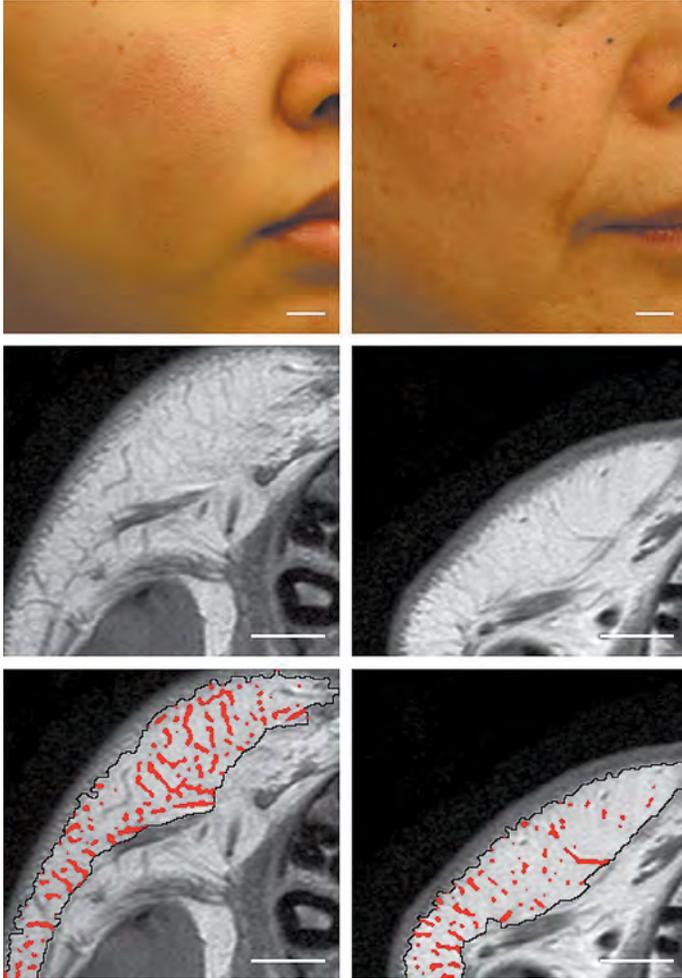


Рис. 3. Взаимосвязь между дряблостью кожи и площадью *retinaculum cutis* (RC). Слева — пациент с легкой степенью дряблости кожи; справа — с выраженной дряблостью. Более плотная сеть RC имелась у пациента с менее выраженной дряблостью кожи [4]

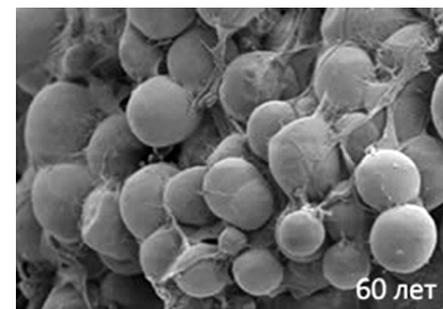
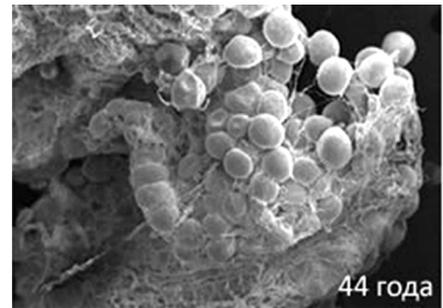
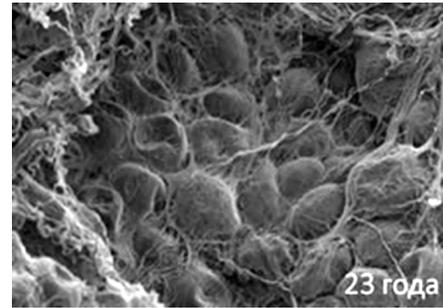


Рис. 4. С возрастом снижается плотность расположения и толщина ФСС жировой ткани: к 44 годам жировая ткань утрачивает 50% соединительнотканых перегородок, к 60 годам — 85% [5]

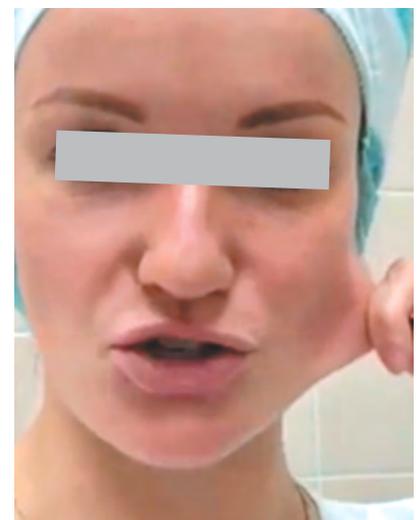


Рис. 5. Гиперрастяжимость кожи при синдроме дисплазии соединительной ткани (фото представлено В.А. Лысиковой)

Таблица 1. Структурные изменения дермы и подлежащих тканей в зоне введения нитей PLLA и PDO у экспериментальных животных на 90-й день

Показатель	PDO	PLLA
Площадь эластиновых волокон	+36%	+26%
Площадь коллагеновых волокон	+64%	+74%
Относительная площадь мышечной ткани	+16%	+16%
Относительная площадь соединительной ткани	+81,09%	+80%
Относительная площадь жировой ткани	+5%	+4%

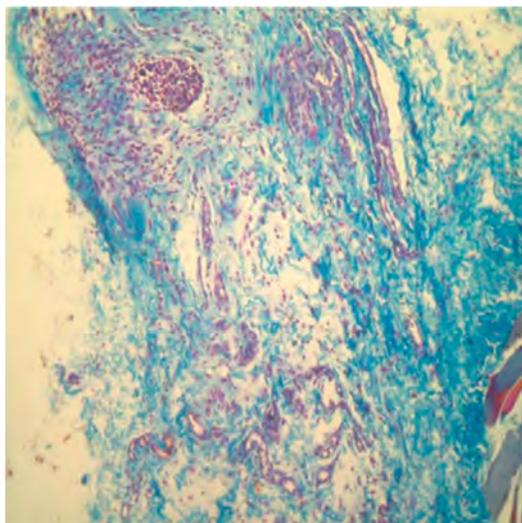


Рис. 6. Неоколлагенез и неоэластогенез в дерме над имплантированной нитью из поли-L-молочной кислоты на 90-е сут. Коллагеновые волокна окрашены в синий, эластиновые — в красный цвет [7]

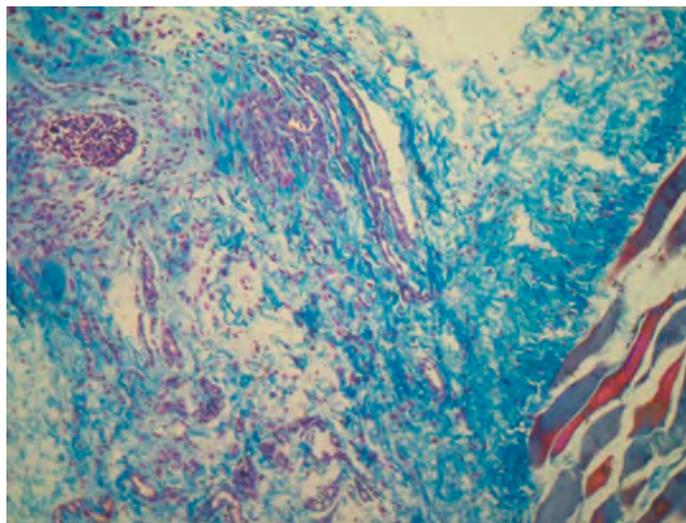


Рис. 7. Участок дермы над имплантированной нитью из полидиоксана на 90-й день эксперимента. Увеличение доли эластиновых волокон (красный цвет) по отношению к коллагеновым (синий цвет) в дермальном слое [7]

вокруг нитей активизируются регенерация, синтез коллагена, эластина и других компонентов межклеточного матрикса. В результате формируется каркас из новообразованного коллагена.

Наглядно структурные изменения тканей после введения нитей демонстрируются в ряде исследований.

При имплантации нитей из полидиоксана (PDO) и поли-L-молочной кислоты (PLLA) в кожу спины крыс наблюдались статистически значимое усиление синтеза коллагеновых и эластиновых волокон, а также запуск ангиогенеза (табл. 1) (рис. 6, 7) [7].

Клеточная воспалительная реакция вокруг обоих видов нитей характеризовалась как «умеренная» вокруг нитей PDO и «слабая» — вокруг нитей PLLA. Согласно заключению автора, нити на основе полидиоксана и поли-L-молочной кислоты могут применяться для армирования мягких тканей, при этом, исходя из особенностей клеточной реакции окружающих тканей, применение

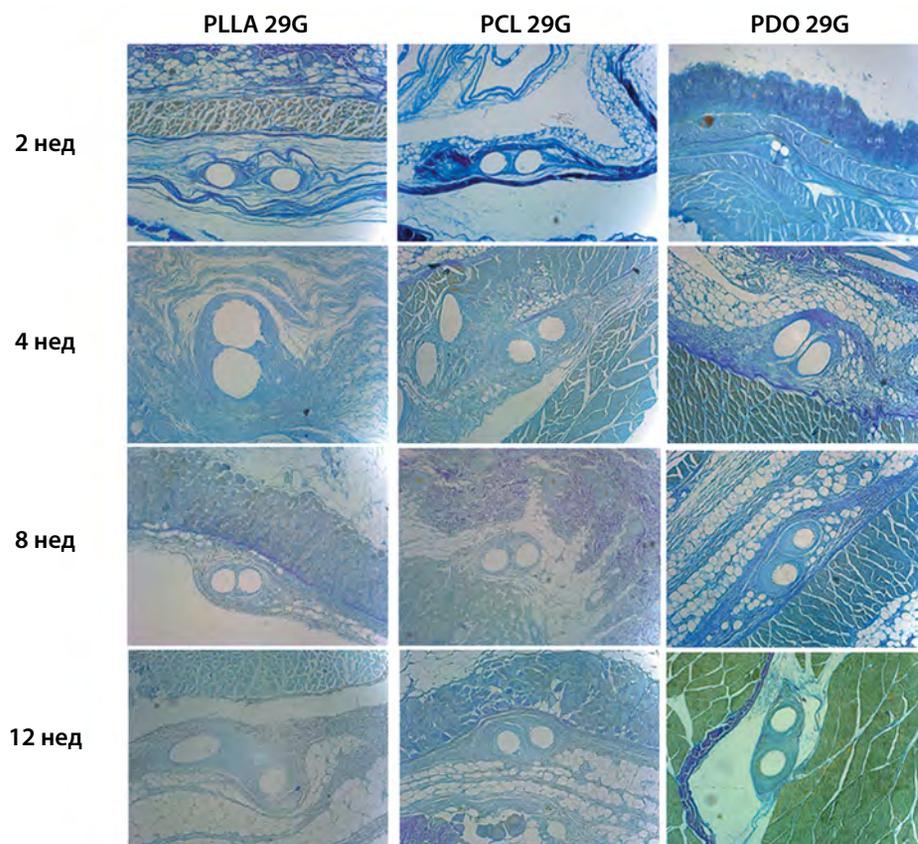


Рис. 8. Имплантация нитей PLLA, PCL и PDO в кожу спины крыс привела к активному запуску синтеза коллагена III типа [8]

нитей из поли-L-молочной кислоты по сравнению с нитями из полидиоксанона будет иметь меньшую вероятность развития гранулемы инородного тела вокруг имплантированной нити.

Результаты исследования Lee C.G. свидетельствуют о запуске синтеза преимущественно коллагена III типа в ответ на введение нитей на основе поликапролактона (PCL), PDO и PLLA в кожу спины крыс (**рис. 8**) [8].

Уровень постановки биостимулирующих нитей — глубокие слои дермы либо поверхностные слои подкожно-жирового слоя, так как именно при данном уровне имплантации достигается наилучший эффект стимуляции неоколлагеногенеза [9].

Для фиксации нитей на данном уровне служат перегородки ФСС/РС. Как упоминалось выше, в силу возрастных изменений или индивидуальных особенностей плотность расположения и толщина этих соединительнотканых структур может снижаться. Для создания крепкого волокнистого каркаса, способного удержать нить, может быть использована радиочастотная микроигльчатая терапия.

РАДИОЧАСТОТНАЯ МИКРОИГЛЬЧАТАЯ ТЕРАПИЯ

При радиочастотной микроигльчатой терапии иглы аппликатора представляют собой заостренные электроды, испускающие радиочастотный ток. В отличие от поверхностного расположения электродов в случае классических RF-устройств, игльчатые электроды вводятся непосредственно в кожу. Снимается

«ограничение», связанное с роговым слоем, и более интенсивно прогреваются глубокие ткани без риска возникновения ожогов. После формирования локальных зон повреждения в коже запускается процесс регенерации [9].

Согласно лабораторным и клиническим исследованиям, обработка кожи посредством радиочастотного микроигльчатого устройства запускает синтез новых коллагеновых и эластиновых волокон — происходит ремоделирование дермы с максимальным эффектом к 4–6 мес после процедуры (рис. 9, 10) [10].

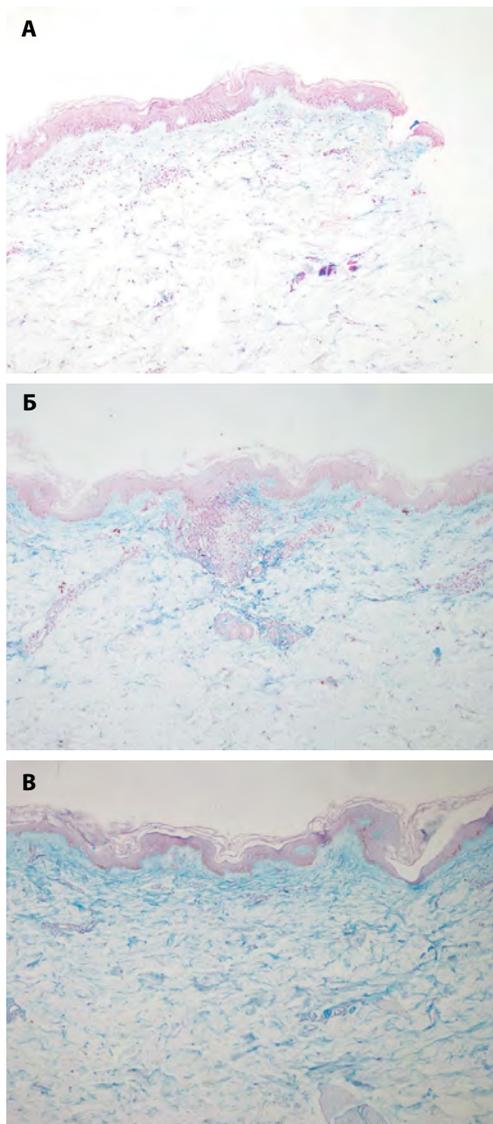


Рис. 9. Увеличение количества муцина (гликопротеин межклеточного вещества, обеспечивающий увлажнение кожи), неоколлагенез после радиочастотного микроидлинга: А — через 1 нед после процедуры; Б — через 1 мес; В — через 3 мес [10]

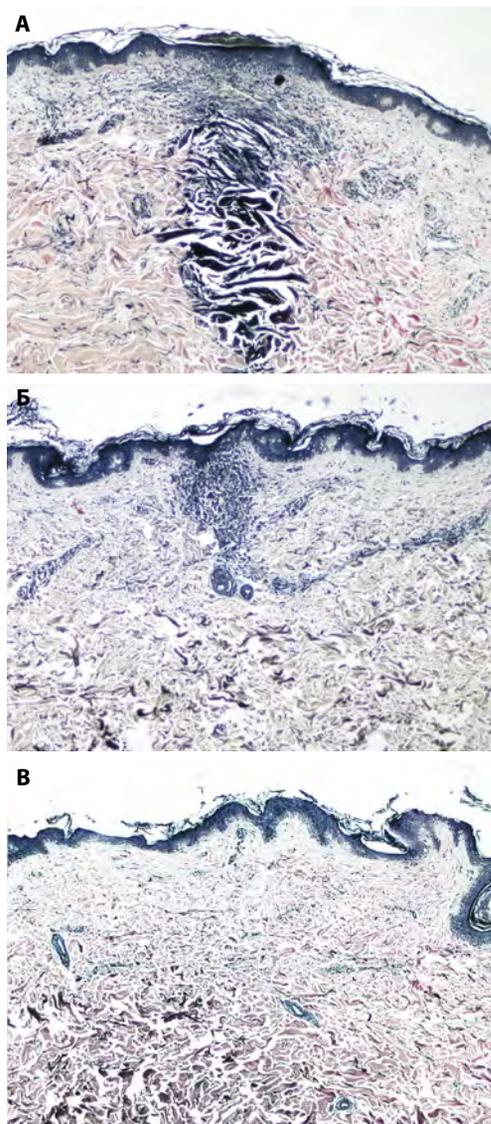


Рис. 10. Неоэластиогенез после радиочастотной микроигльчатой терапии: А — непосредственно после процедуры в зоне воздействия находятся крупные денатурированные эластиновые волокна; Б — через 1 мес в очаге признаки неоэластиогенеза; В — через 3 мес после процедуры [10]

MORPHEUS8 — ИНСТРУМЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ПРЕОБРАЗОВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Для комплексного преобразования мягких тканей компания InMode разработала фракционный радиочастотный аппликатор Morpheus8. В случае комбинированного применения с нитевым лифтингом наиболее востребован именно эффект воздействия радиочастотной энергии на ФСС жировой ткани.

Аппликатор Morpheus8 оснащен линейкой насадок, предназначенных для обработки мягких тканей на разной глубине (от 600 мкм до 7 мм). Независимо от типа насадки каждый игольчатый электрод имеет золотое покрытие, за исключением дистальных 500 мкм (золото не проводит радиочастотный ток и не плавится при высоких аблятивных температурах 80–85 °С), — так обеспечивается защита дермо-эпидермального соединения от термического повреждения.

Игольчатые электроды вводятся в мягкие ткани посредством возвратно-поступательного механизма. Проникновение игольчатого электрода через дерму в жировую ткань представляет собой механическое нетермическое фракционное повреждение дермы, которое приведет к ремоделированию и улучшению состояния дермы. После введения на целевую глубину осуществляется подача радиочастотного тока с формированием нескольких зон термического повреждения:

- зоны абляции;
- зоны обратимой коагуляции (обе зоны обуславливают сокращение ФСС);
- зоны некоагуляционного, неаблятивного нагрева ткани (**рис. 11**).

Зона абляции образуется при нагреве > 100 °С, а зона обратимой коагуляции — при нагреве до 60–85 °С.

В протоколе подготовки к нитевым методам мишенью воздействия является подкожно-жировая клетчатка.

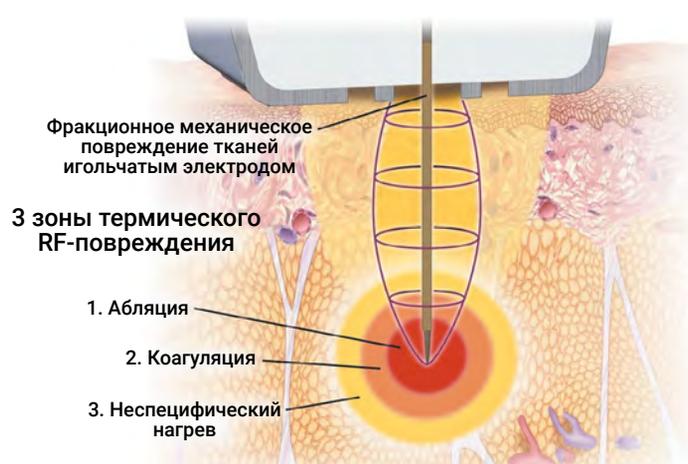


Рис. 11. Morpheus высвобождает RF-энергию с положительно заряженного кончика игольчатого электрода, погруженного в жировую ткань, что приводит к коагуляции поверхностной жировой ткани и сокращению пучков волокон ФСС жировой ткани, которые определяют степень натяжения кожи, причем с сокращением ФСС происходит выраженное сокращение и уплотнение кожи

Через изолированные электроды подается запатентованный импульс RF-энергии, который коагулирует (сокращает) субдермальную жировую ткань и, что важно, укорачивает горизонтальные, косые, вертикальные соединительнотканые волокна ФСС. Сокращение ФСС обеспечивает значительное уплотнение мягких тканей и устранение вышележащих морщин, рубцов, неровного рельефа кожи, пор, даже растяжек и рубцов постакне (**рис. 12**).

Затем RF-энергия направляется вверх вдоль микроигл с силиконовым покрытием и вдоль ФСС к отрицательно заряженным ромбовидным электродам на поверхности кожи, которые окружают игольчатые электроды. Это обеспечивает неаблятивный, ненекротический нагрев папиллярной и ретикулярной дермы и кожи, стимулирующий выработку нового коллагена, эластина и основного вещества соединительной ткани. Происходит

До и после процедуры

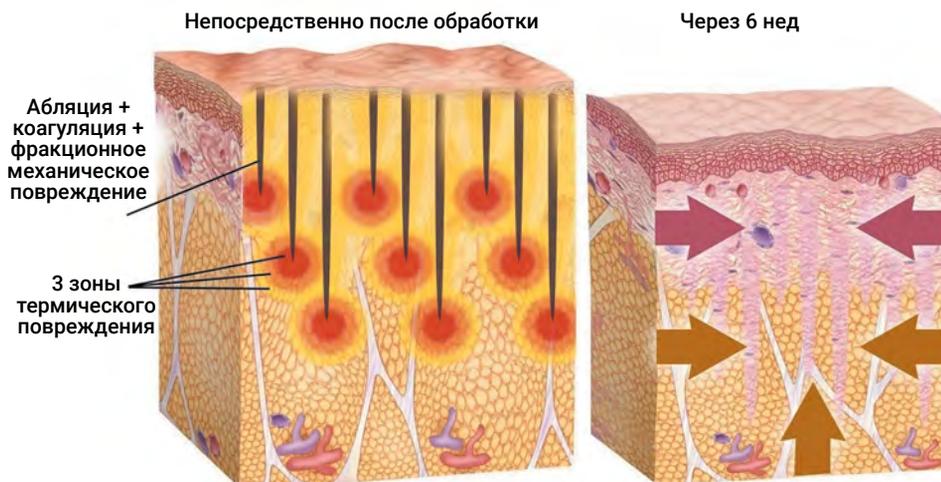


Рис. 12. Несколько проходов на разных уровнях приводят к горизонтальному и вертикальному фракционному ремоделированию жировой ткани и ФСС вместе с дермальным ремоделированием для оптимального уплотнения кожи и сокращения мягких тканей

дополнительное уплотнение мягких тканей [11]. Перегородки ФСС становятся плотнее и способны выдержать механическую нагрузку в виде имплантированной нити.

Комбинация фракционной RF-терапии и нитевого лифтинга для омоложения лица — как добиться синергизма и избежать осложнений

Применение фракционной RF-терапии в сочетании с нитевым лифтингом преследует две цели:

- 1) уменьшение общей массы мягких тканей за счет уплотнения;
- 2) создание плотного соединительнотканного каркаса для прочного крепления имплантированных нитей.

При обсуждении алгоритма проведения микроигльчатой RF-терапии и нитевого лифтинга следует уделить особое внимание вопросу биодegradации нитей.

- Резорбция PDO-нити начинается с потери прочности на растяжение с последующей потерей массы. Нить сохраняет приблизительно 70% своей прочности в течение 4 нед после имплантации в ткани и около 50% прочности в течение 6 нед. Период полной деградации в тканях — 6–8 мес [12].
- Срок биодegradации нити PLLA сравнительно долгий — от 18 до 24 мес. Процесс биодegradации начинается с уменьшения молекулярной массы полимера, однако механические характеристики не имеют значимых изменений в течение первых 16 нед [13].
- Нити PCL отмечают меньшую потерю массы с течением времени и имеют самый долгий срок биодegradации — более 2 лет [14].

Эти сроки действительны лишь при температуре 37 °С. Скорость биодegradации нитей при нагреве значительно повышается (табл. 2).

Таблица 2. Температура плавления и стеклования биодegradируемых нитей [14, 15]

Вид нитей	Температура
PDO	Температура плавления — 60 °С
PLLA	Температура стеклования — 54–58 °С, при 60 °С потеря массы составляет 90%
PCL	Температура плавления — 59–64 °С

Таблица 3. Возможные сочетания нитевых технологий и фракционной радиочастотной терапии

В одну процедуру	
<p style="text-align: center;">Morpheus8 + нити одномоментно</p> <p>Первой проводится процедура аппаратного воздействия с последующей инфльтрационной анестезией и имплантацией нитей. Возможно работать на разных глубинах!</p>	<p style="text-align: center;">Нити + Morpheus8 одномоментно</p> <p>При имплантации нитей применяется инфльтрационная анестезия, что значительно меняет электропроводность тканей. Высокотемпературный прогрев может менять физико-химические свойства нити. Возможно сочетать, но с соблюдением разной глубины! Рекомендуется проводить обработку Morpheus8 интрадермально с глубиной пенетрации 1–2 мм, а также не применять высокие мощности</p>
С интервалом	
<p style="text-align: center;">Morpheus8 за 1–3 мес + нити</p> <p>Morpheus8 будет являться прекрасным методом подготовки тканей: возможно работать на разных глубинах (1–4 мм на лице и 1–7 мм на теле), достигая максимального результата!</p>	<p style="text-align: center;">Нити за 6–12 мес + Morpheus8</p> <p>Нити из PLLA будут являться прекрасным стимулятором синтеза коллагена и эластина, последующее воздействие Morpheus8 усилит полученный результат. Возможно работать на разных глубинах! Нить из PCL, возможно, требует большего временного интервала. Нить из PDO полностью биodeградирует через 6 мес — можно проводить обработку Morpheus8 на любой глубине</p>

Температура стеклования — температура, при которой некристаллизующееся или не успевающее закристаллизоваться вещество становится твердым, переходя в стеклообразное состояние (*прим. ред.*).

По этой причине радиочастотный нагрев тканей после инфльтрационной анестезии может вызвать выраженную потерю массы нити, что требует особого алгоритма совместного применения двух технологий (**табл. 3**).

Клинический случай

Пациентка с ИМТ 34,5 (вес 94 кг), деформационно-отечный морфотип старения:

- гипертрофия и дислокация поверхностных жировых пакетов, визуализация малярных жировых пакетов;
- избыток кожи верхнего и нижнего века;
- морщины покоя в области глабеллы, лба и вокруг глаз (**рис. 13**).

Протокол комбинированной терапии приведен в **табл. 4**.

Через 1 нед и 1 мес после процедуры Morpheus8 у пациентки были взяты образцы тканей субментальной зоны. Наблюдались следующие структурные изменения состояния жировой ткани и соединительнотканых переемычек:

- через 1 нед — признаки лизиса адипоцитов;
- через 1 мес — признаки распада адипоцитов, уменьшение среднего размера адипоцитов на 37,6%, уплотнение и реструктуризация коллагеновых волокон (плотность возросла на 42,4%), более 62% волокон имеют строгую ориентацию по сравнению с исходным состоянием (34%) (**рис. 14**).



Рис. 13. Пациентка с деформационно-отечным морфотипом старения: верхний ряд снимков — исходное состояние; нижний ряд снимков — результат комбинированной терапии (Morpheus8 + нитевой лифтинг)

Таблица 4. Протокол комбинированной терапии

1-й этап: радиочастотная микроигольчатая терапия Morpheus8	
Носогубные складки	3 мм, Single 41 Дж/см ² 2 прохода + 3 мм, Fixed 45 Дж/см ² 1 проход
Область скул	3 мм, Fixed 38 Дж/см ² 3 прохода
Субментальная область	4 мм Fixed 45 Дж/см ² 4 прохода
Периорбитальная область	2 мм Single 38 Дж/см ²
Область лба и глабеллы	2 мм Single 35 Дж/см ²
2-й этап (через 1 мес): имплантация С-образных и Т-образных биодеградируемых нитей (PLLA)	

По завершении комбинированной терапии наблюдалось улучшение качественных характеристик кожи: уплотнение, выравнивание рельефа, сужение пор, подтяжка верхнего века и субментальной области (см. **рис. 13**).

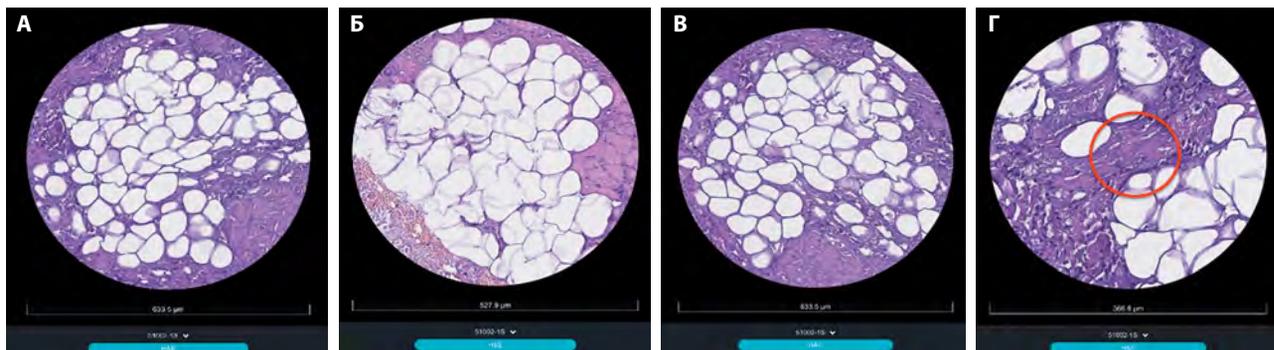


РИС. 14. Изменение структуры подкожно-жирового слоя после обработки Morpheus8: А — исходное состояние; Б — через 1 нед после процедуры; В — через 1 мес после процедуры; Г — уплотнение и реструктуризация коллагеновых волокон ФСС через 1 мес после процедуры (материал предоставлен С.Л. Первых)

Для деформационно-отечного морфотипа старения характерен избыток подкожно-жировой клетчатки, поэтому изолированное применение нитевого лифтинга не принесет должного эффекта. В этом случае Morpheus8 может стать основой, которую при необходимости дополняют другими процедурами.

При комбинации с нитевым лифтингом радиочастотную микроигльчатую терапию необходимо провести за 1–4 мес для достижения максимального синергичного эффекта.

Заключение

Микроигльчатая RF-терапия и нитевой лифтинг при научно обоснованном выборе протокола обеспечивают выраженный эффект омоложения лица.

Хотя оба метода позволяют достичь ремоделирования и уплотнения дермы благодаря запуску синтеза коллагена и эластина, фракционное RF-воздействия имеет еще одну важную мишень — подкожно-жировую клетчатку с сетью соединительнотканых перегородок.

Согласно исследованию Dupon D.I., радиочастотное воздействие на вертикальную, косую и горизонтальную ФСС позволяет на треть усилить эффект сокращения и уплотнения мягких тканей [16].

Сокращение мягких тканей и формирование плотных перемычек ФСС создают прекрасную основу для проведения нитевого лифтинга, главное — соблюдать временные интервалы между процедурами, чтобы предотвратить преждевременную деградацию нитей.

Литература

1. **Corduff N.** Neuromodulating the SMAS for Natural Dynamic Results. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2021; 9(8): e3755.
2. **Burrows A.M., Rogers-Vizena C.R., Li L., Mendelson B.** The Mobility of the Human Face: More than Just the Musculature. *Anat Rec (Hoboken)* 2016; 299(12): 1779–1788.
3. **Nash L.G., Phillips M.N., Nicholson H., et al.** Skin ligaments: regional distribution and variation in morphology. *Clin Anat* 2004; 17(4): 287–293.
4. **Sakata A., Abe K., Mizukoshi K., et al.** Relationship between the retinacula cutis and sagging facial skin. *Skin Res Technol* 2018; 24(1): 93–98.
5. **Duncan D.I., Kim T.H., Temeat R.** Quantification of adipose volume reduction with a prospective study analyzing the application of external radiofrequency energy and high voltage ultrashort pulse duration electrical fields. *J Cosmet Laser Ther* 2016; 18(6): 323–329.
6. **Борзых О.Б., Петрова М.М., Карпова Е.И., Шнайдер Н.А.** Дисплазии соединительной ткани в практике врача-косметолога и дерматолога. Особенности диагностики и ведения пациентов. *Вестник дерматологии и венерологии* 2022; 98(1): 19–32.
7. **Штыркова Е.В.** Морфологическая характеристика регенеративного гистогенеза кожи при применении биодеградируемых монофиламентных нитей: дис. ... канд. мед. наук. Саратов, 2021. 123 с.
8. **Lee C.G., Jung J., Hwang S., et al.** Histological Evaluation of Bioresorbable Threads in Rats. *KJCLS* 2018; 50: 217–224.
9. **Arnoczky S.P., Aksan A.** Thermal modification of connective tissues: basic science considerations and clinical implications. *J Am Acad Orthop Surg* 2000; 8(5): 305–313.
10. **Manuskiatti W., Pattanaprichakul P., Inthasotti S., et al.** Thermal Response of In Vivo Human Skin to Fractional Radiofrequency Microneedle Device. *Biomed Res Int* 2016; 2016: 6939018.
11. **Mulholland S.** The InMode Book 2021. <https://prev.boomerangfx.com/the-inmode-book-3/>
12. **Molea G., Schonauer F., Bifulco G., D'Angelo D.** Comparative study on biocompatibility and absorption times of three absorbable monofilament suture materials (Polydioxanone, Poliglecaprone 25, Glycomer 631). *Br J Plast Surg* 2000; 53(2): 137–141.
13. **Sulamanidze M., Shiffman M., Paikidze T., et al.** Facial lifting with APTOS threads. *International Journal of Cosmetic Surgery and Aesthetic Dermatology* 2021; 3: 275–281.
14. **Легонькова О.А., Асанова Л.Ю.** Линейные полиэфиры в современной медицине. *Высокотехнологическая медицина* 2017; 1; 16–31.
15. **Georgiopoulos P., Kontou E., Meristoudi A., et al.** The effect of silica nanoparticles on the thermomechanical properties and degradation behavior of polylactic acid. *J Biomater* 2014; 29(5): 662–674.
16. **Duncan D.I.** Improving Outcomes in upper arm liposuction: Adding radiofrequency-assisted liposuction to induce skin contraction. *Aesth Surg J* 2012; 32(1): 84–95.

Голд М., Хеллмен Дж., Дахан С., Малхолланд С.

Клиническая оценка нового диодного лазера Diolaze XL гибридного типа для удаления волос

Лазерная эпиляция является популярной процедурой для удаления нежелательных волос на теле и лице. Использование наиболее подходящей длины волны лазера имеет решающее значение, поскольку она влияет на глубину обработки и поглощение световой энергии меланином. Эпилирующие лазеры, как правило, работают на одной из трех длин волн: 755, 810 или 1064 нм, каждая из которых предпочтительна для определенного типа кожи и волос. В новых отчетах обсуждается безопасность и эффективность новых диодных лазеров гибридного типа 755/810 и 810/1064 нм для удаления волос.

Ключевые слова: лазерное удаление волос, лазерная эпиляция, диодный лазер 755 нм, диодный лазер 810 нм, диодный лазер 1064 нм, гибридные диодные лазеры, InMode/DiolazeXL

Голд Майкл¹, Хеллмен Джудит², Даан Серж³, Малхолланд Стивен⁴

¹ Центр клинических исследований Теннесси, Нэшвилл, США

² Госпиталь Маунт-Синай, Нью-Йорк, США

³ Клиника Джина Лангедока, Тулуза, Франция

⁴ Частная практика эстетической пластической хирургии SpaMedica, Торонто, Канада

© 2019 Gold M.H., Hellman J., Dahan S., Mulholland R.S. Clinical Evaluation of a Novel Blended Mode Diode Laser for Hair Removal. JCDSA 2019; 9(1): 19–29. Перевод и публикация – в соответствии с лицензией Creative Commons Attribution License.

Вступление

Лазерное удаление волос основано на принципе селективного фототермолиза, в ходе которого поглощенная оптическая энергия преобразуется в тепло, коагулируя волосяной фолликул [1]. Существуют предпочтительные длины волн для оптимального поглощения световой энергии меланином — это 755, 810 и 1064 нм. В данном случае поглощение энергии меланином выше, чем оксигемоглобином и водой. Указанные длины волн соответствуют трем популярным типам лазеров для удаления волос [2]:

- 1) александритовый 755 нм;
- 2) диодный 810 нм;
- 3) Nd:YAG 1064 нм (неодимовый).

По данным клинических исследований, именно диодные лазеры с длиной волны 810 нм считаются наиболее универсальными и могут использоваться на коже всех фототипов, и сегодня эти лазеры широко представлены на рынке [1–3]. Светлые или тонкие волосы могут быть устойчивыми к лазерному излучению из-за дефицита пигмента в стержне, тогда как облучение темнокожих пациентов затруднено из-за конкурентного поглощения света меланином кожи [1]. В целом светлые и тонкие волосы лучше реагируют на 755 нм, а длина волны 1064 нм подходит для темной кожи [2]. Недавно были разработаны новые диодные лазеры с длиной волны 755 и 1064 нм, что позволяет выполнять подходящие процедуры для широкого спектра типов кожи и волос [4–6].

В настоящей работе раскрывается отчет по недавно разработанному устройству с двумя разными излучателями, одновременно генерирующими оптическую энергию из диодов на длинах волн 755 и 810 нм, а также на 810 и 1064 нм. Эти смешанные волновые излучатели позволяют избирательно удалять различные типы волос на коже разных фототипов.

Описание устройства

Аппарат InMode/DiolazeXL (InMode MD Ltd., Израиль) предназначен для подачи оптической энергии на кожу через охлаждаемый сапфировый блок. Хороший контакт между сапфировым блоком и кожей достигается с помощью геля на водной основе. Устройство обеспечивает индивидуальную регулировку светового потока и длительности импульса для достижения максимальной эффективности и безопасности процедуры у каждого пациента. Излучатель оборудован устройством для охлаждения кожи, что также положительно сказывается на безопасности и комфортности процедуры (рис. 1).

Диодные лазерные излучатели доступны в трех конфигурациях:

- 1) гибридные 755/810 нм;
- 2) моно 810 нм;
- 3) гибридные 810/1064 нм.

Каждый излучатель состоит из 20 диодных лазерных стержней, расположенных вертикально. В смешанных режимах соответствующие диодные стержни чередуются, излучая 755/810 или 810/1064 нм через охлаждаемый сапфировый световод (рис. 2).

Диодный лазер генерирует до 3000 Вт пиковой оптической мощности. Сапфировый световод 11,0 × 27,5 мм расположен в передней части излучателя и передает энергию лазерного луча на обрабатываемую ткань, одновременно охлаждая кожу. Указанный блок окружен позолоченным металлическим каркасом — эта конструкция обеспечивает охлаждение до температуры около 3–5 °С участка обработки и нескольких миллиметров вокруг него (рис. 3). Одна часть каркаса отвечает за предварительное, а другая — за дополнительное охлаждение во время движения излучателя. Датчик температуры расположен на корпусе сапфирового охладителя — он принимает данные от него для обеспечения стабильной температуры сапфирового блока.

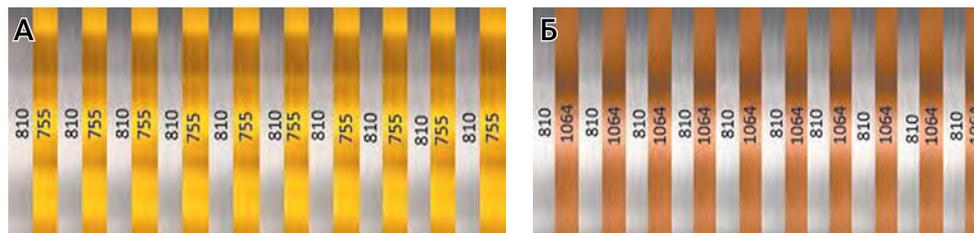


Рис. 2. Иллюстрация диодных стержней в излучателе смешанного типа — 755/810 нм (А) и 810/1064 нм (Б)



Рис. 1. Аппарат InMode/DiolazeXL



Рис. 3. Охлаждение наконечника излучателя (стрелка указывает направление движения излучателя по коже)

Дизайн исследования

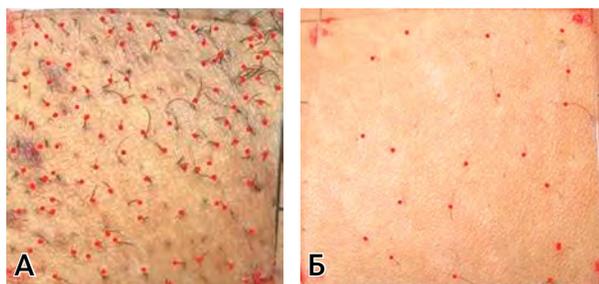


Рис. 4. Пример подсчета волос на фотографиях до (А) и при последующем посещении (Б)

Целью настоящей работы являлся сбор данных по безопасности и эффективности удаления волос с помощью недавно разработанных диодных лазеров смешанного типа 755/810 и 810/1064 нм. В исследовании приняли участие несколько клиник США, Франции и Израиля.

Всего участвовали 100 человек, разделенных на группы по 50 человек в каждой. В одной группе проводилась обработка излучателем 755/810 нм, в другой — излучателем 810/1064 нм. Добровольцы проходили по 3 сеанса с интервалом 6 нед и наблюдались в течение 6 мес после финальной процедуры. При этом обрабатывались ноги, подмышки, зона бикини, грудь, спина и лицо. Фотографии выполнялись до начала сеансов и при контрольном обследовании через 6 мес.

Эффективность процедур оценивалась по среднему уменьшению числа волос при контрольном обследовании через 6 мес по сравнению с исходным. Волосы подсчитывались путем их маркировки на снимках (рис. 4). Выводы о безопасности устройства делались на основе частоты, тяжести и стойкости нежелательных реакций, которые возникали в течение периода наблюдения.

Эффективность процедур оценивалась по среднему уменьшению числа волос при контрольном обследовании через 6 мес по сравнению с исходным. Волосы подсчитывались путем их маркировки на снимках (рис. 4). Выводы о безопасности устройства делались на основе частоты, тяжести и стойкости нежелательных реакций, которые возникали в течение периода наблюдения.

Результаты исследования

РЕЗУЛЬТАТЫ УДАЛЕНИЯ ВОЛОС ПРИ 755/810 НМ

Эпиляция на лазерном излучателе 755/810 нм была проведена 44 женщинам и 6 мужчинам. Средний возраст участников составил 25,4 года (19–36 лет), фототипы кожи по Фицпатрику: II — 66%, III — 34%. Обрабатывались следующие участки: подмышки, зона бикини, ноги, лицо, область спины и груди (у мужчин). Анализ показал уменьшение средневзвешенного количества волос на 84% (75–88%) в сравнении с исходным уровнем по результатам контроля через 6 мес. (табл. 1).

Таблица 1. Средневзвешенное уменьшение числа волос по областям

Область обработки	Число	Среднее снижение, %
Подмышки	12	88
Зона бикини	13	86
Нога	13	83
Лицо	6	75
Спина	3	78
Грудь	3	77
Всего	50	84

Фотографии различных областей, сделанные до процедур и через 6 мес после обработки 755/810 нм, представлены на рис. 5–7.

РЕЗУЛЬТАТЫ УДАЛЕНИЯ ВОЛОС ПРИ 810/1064 НМ

Эпиляция на лазерном излучателе 810/1064 нм проводилась 50 женщинам. Средний возраст участниц составил 24 года (19–36 лет), фототипы кожи по Фицпатрику: IV — 37,5%, V — 41,5%, VI — 21%. Обрабатывались следующие области: подмышки, зона бикини, ноги и лицо. Анализ показал уменьшение средневзвешенного количества

волос на 81% (70–84%) в сравнении с исходным уровнем по результатам контроля через 6 мес. (табл. 2).

Фотографии различных областей, обработанных диодным лазером 810/1064 нм, сделанные до процедур и через 6 мес, представлены на рис. 8–10. В обоих случаях о непредвиденных или значительных нежелательных побочных реакциях не сообщалось. После процедур появлялись легкая эритема и отек, но вскоре проходили самостоятельно.

Обсуждение

Выбор оптимального лазера для конкретного пациента имеет решающее значение в плане успешности и безопасности лечения. Следует учитывать тип кожи и волос пациента, чтобы подобрать длину волны, которая будет оптимально поглощаться меланином и проникать в кожу на требуемую глубину. Диапазон длин волн от 650 до 1300 нм в большинстве случаев считается подходящим для типичной глубины залегания волосяных луковиц — от 1 до 3 мм. Лучшее проникновение идет на 1060 нм, что соответствует Nd:YAG-лазерам, но в этом случае поглощение света меланином в волосах относительно мало, а эффективность лечения не очень высока. Максимальная эффективность отмечена на 650–700 нм, но глубина проникновения в этом случае ограничена.

Длина волны 755 нм считается эффективной для обработки светлой кожи [4], в то время как лазер Nd:YAG 1064 нм популярен для эпиляции у темнокожих пациентов [5, 6]. Одним из компромиссов между этими диапазонами является использование диодного лазера 810 нм [7–11], который имеет лучшую глубину проникновения, чем 755 нм, и намного более высокий коэффициент поглощения меланином, чем 1064 нм. Иногда точная настройка длины волны оптимальна с точки зрения эффективности, особенно для темной кожи и не черных волос. Для обработки темной кожи было бы логичным использовать длины волн



Рис. 5. Нога, обработанная излучателем 755/810 нм, до процедур (слева) и через 6 мес после финальной процедуры (справа)



Рис. 6. Подмышка, обработанная излучателем 755/810 нм, до процедур (слева) и через 6 мес после финальной процедуры (справа)



Рис. 7. Подмышка, обработанная излучателем 755/810 нм, до процедур (слева) и через 6 мес после финальной процедуры (справа)

Таблица 2. Средневзвешенное уменьшение числа волос по областям

Область обработки	Число	Среднее снижение, %
Подмышки	14	84
Зона бикини	15	82
Нога	15	81
Лицо	6	70
Итого	50	81



Рис. 8. Лицо добровольца с темной кожей, обработанное излучателем 810/1064 нм, до процедур (слева) и через 6 мес после финальной процедуры (справа)



Рис. 9. Колено добровольца с темной кожей, обработанное излучателем 810/1064 нм, до процедур (слева) и через 6 мес после финальной процедуры (справа)



Рис. 10. Нога добровольца с темной кожей, обработанная излучателем 810/1064 нм, до процедур (слева) и через 6 мес после финальной процедуры (справа)

от 810 до 1064 нм, но пик поглощения света водой в этом диапазоне делает их менее эффективными. Кроме того, не все длины волн доступны на рынке из-за технологических ограничений.

Одним из решений является использование комбинации двух длин волн, которые уже хорошо известны и клинически доказали свою эффективность в удалении волос. Сочетание 810/1064 нм может увеличить глубину проникновения и безопасность для более темной кожи при сохранении относительно высокой эффективности обработки. Сочетание 755/810 нм может оптимизировать удаление волос разных цветов. Поскольку все эти длины волн признаны безопасными и эффективными для эпиляции, их сочетание не вызовет каких-либо проблем с безопасностью и повысит эффективность процедуры.

Новый диодный лазер InMode/DiolazeXL со смешанными длинами волн 755/810 и 810/1064 нм обеспечивает широкий диапазон глубины проникновения и поглощения света меланином волос (**рис. 11**).

Выводы

Клинический опыт подтверждает безопасность и эффективность обоих излучателей для удаления волос на светлой и темной коже с различных областей лица и тела и для разных типов волос. Текущее исследование продемонстрировало результаты эпиляции у пациентов женского и мужского пола, которые прошли 3 сеанса с интервалом 6 нед и наблюдались в течение 6 мес после финальной процедуры.

Как и ожидалось, из-за лучшего поглощения меланином более низкой длины волны на обработанных 755/810 нм участках были отмечены несколько лучшие результаты эпиляции (среднее снижение числа волос на 84%) по сравнению

с 810/1064 нм (среднее снижение на 81%). Что касается областей воздействия, подмышки показали наилучший результат на относительно более светлой коже и при грубых, темных волосах. То же самое относится к области бикини, но в несколько меньшей степени. На ногах обычно растут более тонкие волосы, чем в подмышках и области бикини, где и были отмечены худшие результаты эпиляции. Самый низкий процент уменьшения числа волос зафиксирован на лице

из-за их тонкости и малого объема меланина. Все вышеперечисленное применимо к обоим излучателям (755/810 и 810/1064 нм). Непредвиденных осложнений в настоящем исследовании не наблюдалось.

Представленные клинические данные демонстрируют, что уникальное сочетание длин волн 755/810 и 810/1064 нм оказалось безопасным и эффективным для удаления волос на светлой и темной коже. Новый комбинированный подход позволяет выполнять более точную и персонализированную эпиляцию, усиливая результаты процедур и минимизируя риски.

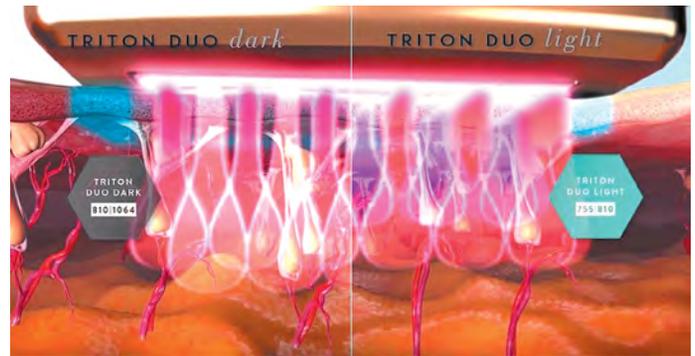


Рис. 11. Иллюстрация взаимодействия между лазерами смешанного типа и структурой волос 810/1064 нм (слева) и 755/810 нм (справа) на разной глубине

Литература

1. **Ibrahimi O.A., Avram M.M., Hanke C.W., Kilmer S.L., Anderson R.R.** Laser hair removal. *Dermatol Therapy* 2011; 24: 94–107.
2. **Rao J., Goldman M.P.** Prospective, comparative evaluation of three laser systems used individually and in combination for axillary hair removal. *Dermatol Surg* 2005; 31(12): 1671–1676.
3. **Haedersdal M., Wulf H.C.** Evidence-based review of hair removal using lasers and light Sources. *J EADV* 2006; 20: 9–20.
4. **Royo J., Moreno-Moraga J., Trelles M.A.** Clinical assessment of a new 755 nm diode laser for hair removal: efficacy, safety, and practicality in 56 patients. *Lasers Surg Med* 2016.
5. **Tahiliani S.T., Tahiliani H.S.** Prospective evaluation of the safety and efficacy of a 1060-nm large spot size, vacuum-assisted hair removal diode laser system in asian/pacific fitzpatrick's skin types IV–V patients. *J Drugs Dermatol* 2016; 15(11) :1427–1434.
6. **Passach U., Wagner J.A., Passach H.** Novel 755-nm diode laser vs. conventional 755-nm scanned alexandrite laser: Side-by-side comparison pilot study for thorax and axillary hair removal. *J Cosmet Laser Therapy* 2015; 17: 189–193.
7. **Courtney E., Goldberg D.J.** Clinical evaluation of hair removal using an 810 nm diode laser with a novel scanning device. *J Drugs Dermatol* 2016; 15(11): 1330–1333.
8. **Goldberg D.J.** One year follow up results of hair removal using an 810 nm diode laser. *J Cosmet Dermatol* 2018; 17: 775–778.
9. **Scilletta A., Pompili G.** Laser diode 800nm and hirsutism in darker skinned patients: Our experience on 552 women. *J Adv Plastic Surg Res* 2016; 2: 1–4.
10. **Koo B., Ball K., Tremaine A.M., Zachary C.B.** A comparison of two 810 diode lasers for hair removal: Low fluence, multiple pass versus a high fluence, single pass technique. *Lasers Surg Med* 2014.
11. **Jo S.J., Kim J.Y., Ban J., Lee Y., Kwon O., Koh W.** Efficacy and safety of hair removal with a long-pulsed diode laser depending on the spot size: A randomized, evaluators-blinded, left-right study. *Ann Dermatol* 2015; 27(5): 517–522.

Лоран М.С.

Diolaze – новое слово в лазерной эпиляции

Несмотря на обилие методов депиляции и эпиляции, удаление нежелательных волос остается стойкой эстетической проблемой, требующей длительной коррекции и индивидуального подхода. Лазерная эпиляция, основанная на явлении фототермолиза, обеспечивает прицельное разрушение волосяного фолликула и пролонгированный характер нарушения роста волос. Диодные насадки Diolaze и Diolaze XL, являясь функциональными элементами многопрофильной платформы InMode, благодаря своим техническим характеристикам позволяют индивидуально подойти к процедуре световой эпиляции, учитывая цвет волос и фототип кожи.

Ключевые слова: фототермолиз, лазерная эпиляция, диодный лазер, Diolaze, Diolaze XL

Лоран
Мария Сергеевна

Врач-дерматолог, косметолог,
клиника «Вирсавия», Москва

Световая эпиляция: использование селективного фототермолиза для удаления нежелательных волос

Обращаясь к косметологу, мы заинтересованы в продолжительном характере полученных результатов и ожидаем, что приобретенные благодаря внешним вмешательствам изменения станут не просто временным явлением, а сроднятся с нами и превратятся в неотъемлемые черты нашего внешнего облика. Это в полной мере относится и к проблеме нежелательных волос. Методы эпиляции нацелены на удаление не только стержня волоса, но и деструкцию волосяного фолликула, что в конечном счете должно привести к кардинальному решению проблемы — прекращению роста нежелательных волос.

Одним из самых перспективных методов борьбы с нежелательными волосами является световая эпиляция (СЭ), основанная на явлении селективного фототермолиза. В зависимости от источника излучения выделяют:

- 1) фотозэпиляцию — проводится с использованием источника широкополосного импульсного света (IPL-системы);
- 2) лазерную эпиляцию — проводится с помощью источника лазерного света.

В коже имеются специальные структуры и молекулы — хромофоры, способные избирательно поглощать разные виды светового излучения. Возможность целевого воздействия на эти мишени используется в косметологии и медицине для решения самых разнообразных задач. Каждый из хромофоров имеет собственный спектр абсорбции. **Важнейшими эндогенными хромофорами являются меланин, гемоглобин, вода и коллаген.**

Спектр поглощения меланина лежит в ультрафиолете и видимом свете (от 400 до 1100 нм) (рис. 1). Максимумы поглощения гемоглобина и его производных находятся в диапазоне 500–600 нм. К спектру поглощения коллагена относится область видимого света и ближней инфракрасной части спектра. Взаимодействие с водой происходит, начиная с 1000–1100 нм, с увеличением в сторону среднего и дальнего ИК-спектра. К экзогенным хромофорам относятся чернила для татуировок, а также частицы грязи, импрегнированные при травме [1].

Хромофор поглощает энергию светового излучения и переходит в возбужденное нестабильное состояние, из которого выходит, выделяя избыток энергии в виде тепла. В случае световой эпиляции поглощение светового излучения меланином волоса вызывает нагрев волосяного стержня, реактивную коагуляцию фолликулярной зоны, выпаривание и обугливание окружающих фолликул тканей (рис. 2, 3).

Пролонгированность эффекта световой эпиляции обеспечивается не только непосредственным деструктивным воздействием на фолликул, но и нарушением роста волос посредством следующих предполагаемых механизмов:

- СЭ вызывает коагуляцию питающих фолликул сосудов;
- СЭ запускает процесс программируемой гибели клеток фолликулярного эпителия;
- СЭ приводит к нарушению взаимодействия между ростовыми клетками фолликула.

Таким образом, для СЭ в отличие от других методов эпиляции, в том числе электроэпиляции, характерно стойкое изменение структуры волос, замена терминальных волос на пушковые, постепенная атрофия фолликулов, что дает этому методу существенное преимущество. Также в сравнении с электроэпиляцией СЭ характеризуется меньшей болезненностью, скорейшим достижением прекращения роста волос, меньшим количеством противопоказаний.

Идеальным результатом лазерного воздействия было бы избирательное поглощение лучей лазера только мишенью при полном отсутствии

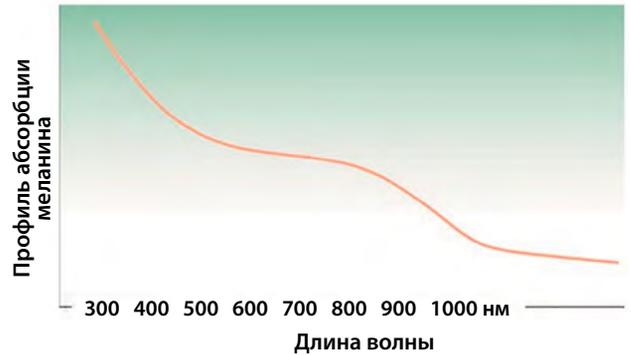


Рис. 1. Основной спектр поглощения меланина [1]

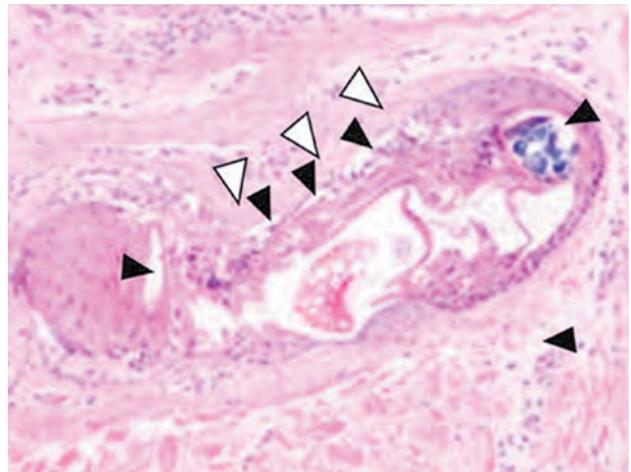


Рис. 2. Структура волосяного фолликула сразу после лазерной эпиляции в динамическом режиме [2]

Черными стрелками указано расширение пространства внутри волосяного фолликула, сопровождаемое вакуолизацией. Структура волоса находится в состоянии дегенерации и представляет собой базофильную массу. Белые стрелки указывают на нарушение и нечеткость клеточной структуры. Наружная оболочка волосяной луковицы разрушена, ткань вокруг волосяного фолликула отечна.



Рис. 3. Перифолликулярный отек непосредственно после процедуры лазерной эпиляции при помощи насадки Diolaze XL 810/1064 нм [5]

поглощения за ее пределами. Но в реальности это не так. Во-первых, меланин есть не только в волосе, но и в межфолликулярном эпидермисе, и этот меланин тоже поглощает свет и нагревается, в связи с чем световая эпиляция на смуглой коже более рискованна по причине ожога. Во-вторых, спектры поглощения хромофоров кожи частично перекрываются, что означает, что они тоже нагреваются, пусть не так сильно, как меланин. Уменьшить влияние других хромофоров можно с помощью очень точного подбора длины волны, и в этом плане лазерные источники света предпочтительнее.

Лазерная эпиляция — точное попадание в цель

Слово «лазер» — это побуквенный перевод англоязычного термина laser, сформированного из аббревиатуры слов Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation — «усиление света посредством стимулированной эмиссии излучения». Лазерное излучение имеет свои уникальные особенности:

- 1) когерентность (пики и спады волн располагаются параллельно и совпадают по фазе во времени и пространстве);
- 2) монохромность (световые волны имеют одинаковую длину);
- 3) коллимация (волны в луче света сохраняют параллельность, не расходятся, и луч переносит энергию практически без потерь) [3].

Взаимодействия лазерного света с тканями определяется оптическими свойствами тканей и физическими свойствами лазерного излучения.

Волосы могут по-разному реагировать на световой импульс в зависимости от их цвета, определяемого содержанием в них меланина — хромофора-мишени для лазерного воздействия.

Проникновение лазерного луча в кожу для удаления волос также во многом зависит от оптических свойств кожи и определяется такими явлениями, как отражение, абсорбция и рассеивание.

- **Отражение** — около 5–7% света отражаются на уровне рогового слоя.
- **Абсорбция** — показатель эпидермального коэффициента абсорбции не постоянен и зависит от объемной доли меланосом и уровня содержания меланина в эпидермисе. Классификацию фототипов кожи по Фицпатрику используют для прогнозирования результата световой эпиляции и при выборе источника излучения. Длительность и энергию световых импульсов подбирают так, чтобы фолликулы успевали разрушиться, не повреждая окружающие участки кожи.
- **Рассеивание** света обусловлено главным образом коллагеном дермы. Он быстро уменьшает плотность потока энергии, препятствуя клиническому воздействию на ткани. Рассеивание снижается с увеличением длины волны, поэтому более длинные волны проникают глубже и больше подходят для доставки энергии в более глубокие кожные структуры, такие как волосяные фолликулы [3].

Диапазон длин волн 600—1200 нм называется оптическим (или меланиновым) окном кожи, поскольку при этих длинах волн наблюдается низкое

В ЭПИДЕРМИСЕ СВЕТЛОКОЖИХ ЛЮДЕЙ ЕВРОПЕЙСКОЙ РАСЫ СОДЕРЖИТСЯ ОКОЛО 5% МЕЛАНИНА, В ТО ВРЕМЯ КАК В ВОЛОСЯНЫХ ЛУКОВИЦАХ В 6 РАЗ БОЛЬШЕ (ОКОЛО 30% МЕЛАНИНА). ПОЭТОМУ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ СВЕТА ПРОИСХОДИТ ПРАКТИЧЕСКИ ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ НАГРЕВАНИЕ И РАЗРУШЕНИЕ ФОЛЛИКУЛОВ ВОЛОСА, В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧЕГО РОСТ ВОЛОС ПРЕКРАЩАЕТСЯ [5].

рассеивание и прицельное воздействие на меланин при минимальном влиянии на другие хромофоры. В меланиновое окно попадает излучение, генерируемое рубиновым, alexandritовым, неодимовым и диодным лазерами.

Таким образом, в настоящее время мы имеем целую «палитру» аппаратов лазерного излучения, позволяющую подобрать параметры светового воздействия в соответствии с фототипом кожи и индивидуальными особенностями пациента (рис. 4).

При выборе метода лазерной эпиляции следует обратить внимание на следующие характеристики:

- 1) длина волны (нм);
- 2) длительность импульса (мс);
- 3) плотность потока энергии (Дж/см²);
- 4) частота следования импульсов (Гц);
- 5) размер светового пятна (мм) (табл. 1).

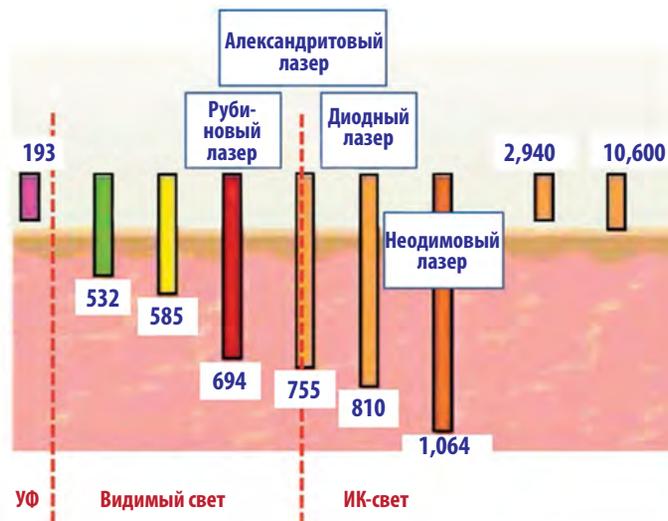


Рис. 4. Глубина проникновения разных видов лазерного излучения в кожу [1]

Таблица 1. Сравнительная характеристика видов лазерного излучения, применяемых для световой эпиляции [4]

Показатели	Рубиновый лазер	Alexandritовый лазер	Неодимовый лазер (Nd:YAG)	Диодный лазер
Длина волны	694 нм	755 нм	1064 нм	800 нм
Плотность энергии в импульсе	До 40–60 Дж/см ²	10–20 Дж/см ²	10–40 Дж/см ²	10–60 Дж/см ²
Длительность импульса	3 мс	15–300 мс	До 300 мс	5–400 мс
Мишень, глубина проникновения	Меланин волосяного фолликула	Область минимального поглощения гемоглобином и сильного — меланином. Проникает на глубину около 3 мм, что иногда недостаточно	Поглощение света окси-, дезоксигемоглобином и различными белковыми структурами. Проникает на всю глубину дермы, разрушает глубоко расположенные фолликулы. Слабо поглощается в меланине кожи	Меланин волосяного фолликула
Возможности	Эффективен при: <ul style="list-style-type: none"> ■ I–II фототипе кожи ■ темных волосах Светлые и рыжие волосы, а также волосы на загорелой коже или коже IV–V фототипов практически не удаляются	Эффективен при: <ul style="list-style-type: none"> ■ I–IV фототипе кожи ■ темных волосах Малоэффективен для светлых волос	Эффективен при: <ul style="list-style-type: none"> ■ III–IV фототипе кожи ■ светлых волосах; ■ эпиляции волос с низким содержанием меланина 	Эффективен при: <ul style="list-style-type: none"> ■ I–VI фототипе кожи ■ темных волосах Сложность при эпиляции светлых и рыжих волос

Диодный лазер — новое перспективное средство лазерной эпиляции

Как можно убедиться, не существует лазерного излучения, способного одинаково эффективно действовать при любом типе кожи и волос. Тем не менее один из новых перспективных методов — СЭ при помощи диодного лазера — успешно применяется у людей с разными фототипами кожи и цветом волос (табл. 2).

Проблемным является проведение световой эпиляции при следующих условиях:

- загорелая кожа, а также принадлежность кожи к V–VI фототипу (высокое содержание меланина в межфолликулярном эпидермисе повышает риск теплового повреждения кожи);

Таблица 2. Результаты клинических исследований применения диодного лазера для СЭ [6–9]

Цель исследования	Характеристика выборки участников	Результаты
<p>Оценка эффективности двух режимов эпиляции при помощи диодного лазера [6]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ низкая плотность потока и высокая частота повторения импульса (режим 1); ■ высокая плотность потока и низкая частота повторения импульса (режим 2). 	<p>Выборка участников: 92 женщины (китайки). Дизайн исследования: участникам было проведено 4 процедуры лазерной эпиляции в подмышечной области с 4-недельным интервалом, с каждой стороны применялся разный режим эпиляции.</p>	<p>Режим 1: средний показатель уменьшения количества волос — 90,2%, средний уровень болевых ощущений — 2,75. Режим 2: средний показатель уменьшения количества волос — 87%, средний уровень болевых ощущений — 6,75. Использование диодного лазера при низкой плотности потока и высокой частоте повторения импульса было сопряжено с большей эффективностью, переносимостью и меньшей встречаемостью нежелательных побочных реакций.</p>
<p>Оценка эффективности двух режимов эпиляции при помощи диодного лазера [7]:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ низкая плотность потока и высокая частота повторения импульса (режим 1); ■ высокая плотность потока и низкая частота повторения импульса (режим 2). 	<p>Выборка участников: 42 пациентки с поликистозом яичников и гирсутизмом. Дизайн исследования: лазерная эпиляция проводилась на лице, с каждой стороны лица применялся разный режим эпиляции. Курс составил 6 процедур с интервалом 1 мес.</p>	<p>Режим 1: средний показатель уменьшения количества волос — 90,5%. Режим 2: средний показатель уменьшения количества волос — 85%. Использование диодного лазера при низкой плотности потока и высокой частоте повторения импульса было сопряжено с большей эффективностью, существенным снижением толщины волоса, меньшей болезненностью процедуры.</p>
<p>Оценка эффективности и безопасности эпиляции при помощи диодного лазера с низкой плотностью потока (15 Дж/см²) и высокой частотой следования импульса (5 Гц) [8].</p>	<p>Выборка участников: 17 участников с фототипом кожи II–V. Дизайн исследования: участникам было проведено 4 процедуры эпиляции с интервалом 1 мес на одной стороне, на другой стороне — депиляция методом сбривания волос. Количество волос оценивалось каждый месяц на протяжении 10 мес.</p>	<p>Использование лазерной эпиляции характеризовалось безопасностью и хорошей переносимостью, отмечалось выраженное снижение роста волос.</p>
<p>Оценка эффективности и безопасности эпиляции при помощи диодного лазера с низкой плотностью потока и высокой частотой следования импульса [9].</p>	<p>Выборка участников: 72 женщины из Индии с фототипом кожи IV–VI. Дизайн исследования: участники получили 5–6 процедур лазерной эпиляции с интервалом 1–3 мес.</p>	<p>Оценка по шкале GAIS: улучшение на 75–100% у 84,5% участников, на 50–75% у 7%. 95,8% участников отмечают отсутствие или минимальный характер дискомфорта процедуры эпиляции.</p>

- светлые волосы (низкое содержание пигмента в волосе, конкуренция между пигментом кожи и волос, риск осложнений в виде дисхромии).

Успешно преодолеть указанные ограничения удалось создателям многофункциональной платформы InMode (производство Invasix, Израиль), оснащенной лазерной диодной насадкой Diolaze и насадкой Diolaze XL, относящимися к новому поколению гибридных лазеров для СЭ (рис. 5).

Diolaze & Diolaze XL — комфортное решение сложных проблем лазерной эпиляции

Разные виды световой и электрической энергии эффективно применяются для решения широкого спектра эстетических задач. И все эти методы лечения могут быть сконцентрированы в одном аппарате, оснащённом различными насадками. Один из таких современных аппаратов — многофункциональная платформа InMode (производство Invasix, Израиль) (табл. 3).

Благодаря своим техническим характеристикам диодный лазер Diolaze обладает глубокой проникающей способностью, прицельным воздействием на волосяной фолликул и позволяет работать с разными фототипами кожи, включая IV и V фототипы:

- размер пятна 4 см²;
- плотность энергии 10–60 Дж/см² (технология сканирования);
- длина волны 800 нм;
- частота импульса 1 Гц;
- тип импульса может быть коротким (30 мс) или длинным (80 мс), также можно самостоятельно устанавливать частоту повторения импульсов — от единичных до режима автоповторений (1 импульс в секунду).

Для повышения комфорта пациента зона лазерной эмиссии окружена металлической пластиной, обеспечивающей тройной контактный охлаждающий эффект во время проведения процедуры. Этот эффект известен как 3 РС: охлаждение до, во время и после импульса, вследствие чего во время лечения нет необходимости применять обезболивание (рис. 6).

Имеющийся опыт применения Diolaze свидетельствует об эффективности и безопасности данного метода лазерной эпиляции.



Рис. 5. Многофункциональная платформа InMode [5]

КОМПАНИЯ INVASIX ПОСТОЯННО РАЗРАБАТЫВАЕТ И ВНЕДРЯЕТ ПЕРЕДОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ПРОЦЕДУРЫ В ОБЛАСТИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ, ЯВЛЯЯСЯ ОБЛАДАТЕЛЬНИЦЕЙ 70 ПАТЕНТОВ НА НИХ. ПЛАТФОРМА INMODE БЫЛА ПРИЗНАНА ЛУЧШИМ ЭСТЕТИЧЕСКИМ АППАРАТОМ 2018 ГОДА В АМЕРИКЕ, ПОЛУЧИВ ДВЕ ОТРАСЛЕВЫЕ НАГРАДЫ ОТ AESTHETIC EVERYTHING.

БОЛЬШОЙ РАЗМЕР РАБОЧЕГО ПЯТНА



Рис. 6. Тройной контактный охлаждающий эффект насадки Diolaze: охлаждение до, во время и после импульса [5]

Таблица 3. Функциональные возможности платформы InMode [5]

Насадка	Энергия	Показания
Lumessa	Широкополосный импульсный свет	<ul style="list-style-type: none"> ■ Лечение целлюлита ■ Неинвазивная коррекция контуров тела ■ Разрушение жировых клеток ■ Подтяжка кожи в области шеи и плеч ■ Растяжки
Fractora	Радиочастотные технологии	<ul style="list-style-type: none"> ■ Снижение упругости и эластичности кожи лица и тела ■ Дряблость и провисание кожи лица и тела ■ Морщины и изменение текстуры кожи на лице и теле ■ Неоднородность цвета кожи и нежелательная пигментация на лице и теле ■ Рубцы (в том числе постакне) различной локализации ■ Стрии ■ Расширенные поры ■ Сосудистые дефекты ■ В качестве комбинированного подхода при хирургических липосакциях для уплотнения и подтяжки кожи в зонах элиминации жировой ткани
Forma/Plus	Радиочастотные технологии	<ul style="list-style-type: none"> ■ Снижение упругости и эластичности кожи лица и тела ■ Дряблость кожи лица и тела ■ Морщины и изменение текстуры кожи ■ Целлюлит
FormaV, FractoraV	Радиочастотные технологии	<ul style="list-style-type: none"> ■ Снижение эластичности и упругости слизистой оболочки влагалища и наружных половых органов ■ Сухость (ксероз) и атрофия (крауроз) вульвы ■ Растяжение и птоз стенок влагалища (синдром вагинальной релаксации) ■ Нарушение кровообращения тканей ■ Нарушение мочеиспускания (недержание мочи), являющееся следствием гиперподвижности уретры и стрессовых расстройств
BodyFX/MiniFX	Радиочастотные технологии	<ul style="list-style-type: none"> ■ Нежелательные локальные жировые отложения ■ Целлюлит ■ Дряблость кожи
Vlaze	Неодимовый лазер с длиной волны 1064 нм	Сосудистые поражения (венозные патологии, телеангиэктазии, гемангиомы и т. д.) на любых типах и участках кожи (лицо, туловище, конечности)
Diolaze и Diolaze XL	Лазерное излучение длиной волны: <ul style="list-style-type: none"> ■ 810 нм ■ 755/810 нм ■ 810/1064 нм 	Эпиляция на коже разных фототипов и с разным цветом волос

Клинический опыт лазерной эпиляции при помощи насадки Diolaze

Давид Голдберг (David J. Goldberg), врач, специалист в области лазерных технологий и косметической хирургии (США, Нью-Йорк, Нью-Джерси), представил результаты клинического исследования по оценке краткосрочной и долгосрочной эффективности и безопасности эпиляции при применении диодного лазера Diolaze, работающего на аппарате InMode (Invasix, Израиль) [5, 10].

Выборка участников исследования: 14 пациентов, фототип кожи I–IV (по Фицпатрику), цвет терминальных волос в подмышечной области коричневый/черный.

Дизайн исследования: пациентам было проведено 3 процедуры СЭ с интервалом 4–6 нед в обеих подмышечных областях (всего 28 обрабатываемых зон).

Критерии оценки: количество волос, % удаленных волос. Оценка проводилась в ходе 2 последующих контрольных визитов через 3 и 6 мес после проведения последней процедуры. Фотоснимок делался перед каждой процедурой и во всех временных точках периода контрольного наблюдения. Количество волос определялось с помощью стикеров размером 2 × 2 см в одних и тех же местах (рис. 7).

Не было зарегистрировано каких-либо выраженных или неожиданных негативных побочных реакций. К ожидаемой немедленной ответной реакции относились: незначительная болезненность, эритема и легкая отечность, выраженность которых уменьшалась без вмешательства через несколько часов.

Заключение: процедура эпиляции с помощью диодной лазерной насадки Diolaze, обладает доказанной безопасностью и эффективностью, 70%-ного уменьшения количества волос удавалось достичь после проведения трех процедур, результат сохранялся в течение еще 3 мес (табл. 4).

Сравнительная характеристика насадки Diolaze и других быстродействующих диодов

По сравнению с насадкой Diolaze у всех других быстродействующих диодов снижена мощность и/или генерация импульсов (табл. 5).

Таблица 4. Исходные показатели количества волос и результаты спустя 3 и 6 месяцев после проведения процедуры эпиляции при помощи насадки Diolaze [10]

Параметр	Количество волос исходное	Количество волос через 3 мес	Количество волос через 6 мес	% уменьшения через 3 мес	% уменьшения через 6 мес
Средний показатель	69,1	16,7	20,6	72,8	67,6
Стандартное отклонение	37,9	17,8	15,9	27,6	24,6
P-значение		1,71307E ⁻⁰⁷	2,0565E ⁻⁰⁷		

Таблица 5. Сравнительная характеристика насадки Diolaze с некоторыми лазерами, предназначенными для эпиляции [5]

	Рабочее тело	Размер пятна	Плотность потока	Расходные материалы
Diolaze	810 нм диодный	8 × 50 мм = 400 мм ²	10–60 Дж/см ²	Х
Lightsheer Duet	800 нм диодный	9 × 9 мм = 64 мм ² 22 × 35 мм = 770 мм ²	100 Дж/см ² 12 Дж/см ²	Есть
Vectus	800 нм диодный	12 × 12 мм = 144 мм ² 23 × 38 мм = 870 мм ²	100 Дж/см ² 20 Дж/см ²	Х
GentleLASE	755 нм александритовый	20, 22, 24 мм ² круглое пятно	До 600 Дж/см ²	Есть
GentleYAG	1064 нм Nd:YAG	1,5 × 18 мм = 27 мм ²	До 600 Дж/см ²	Есть
Apogee	755 нм александритовый	20, 22, 24 мм ² круглое пятно	До 50 Дж/см ²	Х



Рис. 7. Правая подмышечная область через 6 мес после лазерной эпиляции при помощи насадки Diolaze [10]

НАСАДКА DIOLAZE XL МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПЛАТФОРМЫ INMODE БЫЛА ОДОБРЕНА УПРАВЛЕНИЕМ ПО КОНТРОЛЮ ЗА ПРОДУКТАМИ И ЛЕКАРСТВАМИ США (FDA) В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ГИБРИДНОГО ЛАЗЕРА ДЛЯ ЭПИЛЯЦИИ.



Рис. 8. Результаты эпиляции при помощи гибридной насадки Diolaze XL 755/810 нм через 3 нед после однократной процедуры [5]



Рис. 9. Результаты эпиляции при помощи гибридной насадки Diolaze XL 810/1064 через 6 мес после курса из 5 процедур (фото любезно предоставил доктор S. Mulholland) [5]

Длина волны позволяет диодному лазеру точно попадать в меланиновое окно, успешно удаляя темные волосы. Сочетание низкой плотности потока излучения и высокой частоты следования импульса снижает риск теплового повреждения кожи и позволяет использовать диодный лазер при фототипе кожи IV–VI.

Тем не менее эпиляция светлых или рыжих волос не достигает нужной эффективности. Успешное сочетание свойств диодного лазера и других видов лазерного излучения представляет собой высокотехнологичная гибридная насадка Diolaze XL, способная генерировать излучение сразу нескольких диапазонов, соответствующих классическому диодному спектру, а также спектру александритового и неодимового лазеров (рис. 8, 9). Насадки генерируют излучение с большим размером пятна, очень высокой пиковой мощностью и высокой частотой повторения импульсов, что позволяет доставлять вплоть до 40 Дж/см² за 30 мс. Длительность импульсов может регулироваться в диапазоне от 5 до 140 мс. Уникальные технические характеристики позволяют насадке Diolaze XL претендовать на статус универсального средства эпиляции и решать проблемы, недоступные отдельно взятым видам лазера (табл. 6) [11].

Заключение

Широкие возможности многопрофильной платформы InMode и ее функциональных элементов позволяют индивидуально использовать комбинацию различных видов физического воздействия в ходе одной процедуры для достижения оптимальных результатов у конкретного человека. Лазерная эпиляция при помощи насадок Diolaze и Diolaze XL обеспечивает стойкое удаление нежелательных волос, бережно сохраняет нашу кожу от повреждения, сочетая в себе эффективность, комфорт и безопасность.

Таблица 6. Рекомендации по использованию гибридных лазерных насадок в зависимости от фототипа кожи и цвета волос пациента [11]

Длина волны	810 нм	755/810 нм	810/1064 нм
Индивидуальные особенности волос и кожи пациента	Черные, каштановые и темно-русые волосы Жесткие и нормальные волосы I–VI фототип кожи	Черные, каштановые и светло-русые волосы Жесткие и тонкие волосы I–V фототип кожи	Черные и каштановые волосы Очень жесткие и густые волосы Возможность безопасного применения у пациентов с VI фототипом кожи

Литература

1. **Martella A., Raichi M.** Photoepilation and Skin Photorejuvenation: An Update. *Dermatol Reports* 2017; 9(1): 7116.
2. **Omi T.** Static and dynamic modes of 810 nm diode laser hair removal compared: A clinical and histological study. *Laser Ther* 2017; 26(1): 31–37.
3. **Шептий О.В., Круглова Л.С., Корчажкина Н.Б. и др.** Механизмы действия различных лазеров и дифференцированные показания к их применению (обзор литературы). *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание* 2014; 1.
4. **Деев А.И., Шарова А.А., Брагина И.Ю.** Новая косметология. Аппаратная косметология и физиотерапия. М.: ИД «Косметика и медицина», 2014.
5. Материалы сайта www.invasix.ru
6. **Li W., Liu C., Chen Z., et al.** Safety and efficacy of low fluence, high repetition rate versus high fluence, low repetition rate 810-nm diode laser for axillary hair removal in Chinese women. *J Cosmet Laser Ther* 2016; 18(7): 393–396.
7. **Pai G.S., Bhat P.S., Mallya H., Gold M.** Safety and efficacy of low-fluence, high-repetition rate versus high-fluence, low-repetition rate 810-nm diode laser for permanent hair removal--a split-face comparison study. *J Cosmet Laser Ther* 2011; 13(4): 134–137.
8. **Barolet D.** Low fluence-high repetition rate diode laser hair removal 12-month evaluation: reducing pain and risks while keeping clinical efficacy. *Lasers Surg Med* 2012; 44(4): 277–281.
9. **Agarwal M., Velaskar S., Gold M.H.** High Repetition Rate 810nm Diode Laser for Permanent Hair Reduction in Indian Patients with Skin Types IV–VI *J Clin Aesthet Dermatol* 2016; 9(11): 29–33.
10. **Courtney E., Goldberg D.J.** Clinical Evaluation of Hair Removal Using an 810 nm Diode Laser With a Novel Scanning Device. *J Drugs Dermatol* 2016; 15(11): 1330–1333.
11. **Крендель М.** Многофункциональные платформы — будущее аппаратной косметологии. *Косметика и медицина* 2018; 2: 53–60.

Добрянская Л.И.

Гибридные лазеры — универсальный инструмент устранения нежелательных ВОЛОС

Лазерная эпиляция — высокоэффективный метод удаления нежелательных волос, однако для безопасного достижения успешных результатов необходим индивидуальный подбор длины волны лазерного излучения в соответствии с фототипом кожи и особенностями волос. Создание гибридных лазеров, испускающих излучение нескольких длин волн, значительно упрощает задачу. В статье рассмотрены научные основы лазерной эпиляции, перспективы применения гибридных лазеров, а также клинический опыт использования для эпиляции единственного одобренного FDA гибридного лазера DIOLAZE XL.

Ключевые слова: лазерная эпиляция, гибридный лазер, DIOLAZE XL

Добрянская Лея Ивановна

Врач антивозрастной
медицины, дерматолог,
косметолог,
сертифицированный тренер
компании КитМед,
главный врач клиники
«Virsavia», г. Москва

Лазерная эпиляция остается одним из самых широко применяемых малоинвазивных вмешательств в косметологии. По статистике Американского общества эстетической пластической хирургии за 2020 г. эпиляция с помощью лазеров и IPL замкнула пятерку самых популярных нехирургических процедур [1].

И эта востребованность в полной мере обусловлена высокой эффективностью лазерной эпиляции, значительно превосходящей традиционные методы устранения нежелательных волос.

Krasniqi A. и соавт. оценили долговременность эффекта прекращения роста волос после эпиляции посредством разных типов лазеров, осуществив метаанализ исследований на заданную тему [2]. В обзор вошли лишь исследования с периодом наблюдения, равным по продолжительности одному полному циклу роста волос на целевом участке тела или превышающим его по продолжительности. После применения неодимового лазера на алюмоиттриевом гранате (Nd:YAG) в среднем наблюдалось прекращение роста 30–73,61% волос, для александритового лазера этот показатель составил от 35 до 84,25%, в свою очередь, для диодного — от 32,5 до 69,2%.

Однако не стоит забывать о том, что лазер — высокоэнергетический инструмент и применение его для эстетической коррекции, в том числе с целью устранения нежелательных волос, даст прекрасные результаты лишь при соблюдении трех основных условий: правильном выборе пациента, использовании подходящего типа лазера и профессионализме специалиста [3]. Для этого необходимо глубокое понимание физических основ действия лазерного излучения на живые ткани.

Что такое лазерное излучение

Лазеры представляют собой оптический квантовый генератор, преобразующий исходный поток энергии (световой, электрической, тепловой, химической) в лазерный луч. Основой их служит активная среда — то самое вещество, которое при воздействии внешней энергии формирует вынужденное излучение [4].

До включения лазера все атомы/молекулы его активной среды находятся в стабильном состоянии — электроны занимают устойчивое положение на своих основных орбиталях. При подаче энергии происходит ее поглощение рабочей средой лазера и переход электронов атомов/молекул этой среды на более высокие энергетические уровни. Поскольку это состояние крайне нестабильно, отдельные атомы могут самопроизвольно перейти в стабильное состояние: электроны с более высокого уровня возвращаются на основной, в свою очередь, избыток энергии выделится в виде квантов света, которые, отразившись от специальных зеркал (оптический резонатор), вновь возвращаются в рабочую среду лазера (рис. 1) [5]. Это сопровождается запуском вынужденного излучения: такие фотоны индуцируют переход соседей из возбужденного в стабильное состояние с выделением полностью идентичных фотонов, при этом они сами не поглощаются и продолжают воздействовать на другие возбужденные атомы среды, как и новообразовавшиеся фотоны.

Материал или среда, которые подвергаются накачке, определяют длину волны лазерного излучения. Для лазерной эпиляции используются твердотельные и полупроводниковые (светодиодные) лазеры.

ЛАЗЕР – ВЫСОКО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ, И ПРИМЕНЕНИЕ ЕГО ДЛЯ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ, В ТОМ ЧИСЛЕ С ЦЕЛЬЮ УСТРАНЕНИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ВОЛОС, ДАСТ ПРЕКРАСНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛИШЬ ПРИ СОБЛЮДЕНИИ ТРЕХ ОСНОВНЫХ УСЛОВИЙ: ПРАВИЛЬНОМ ВЫБОРЕ ПАЦИЕНТА, ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПОДХОДЯЩЕГО ТИПА ЛАЗЕРА И ПРОФЕССИОНАЛИЗМЕ СПЕЦИАЛИСТА.

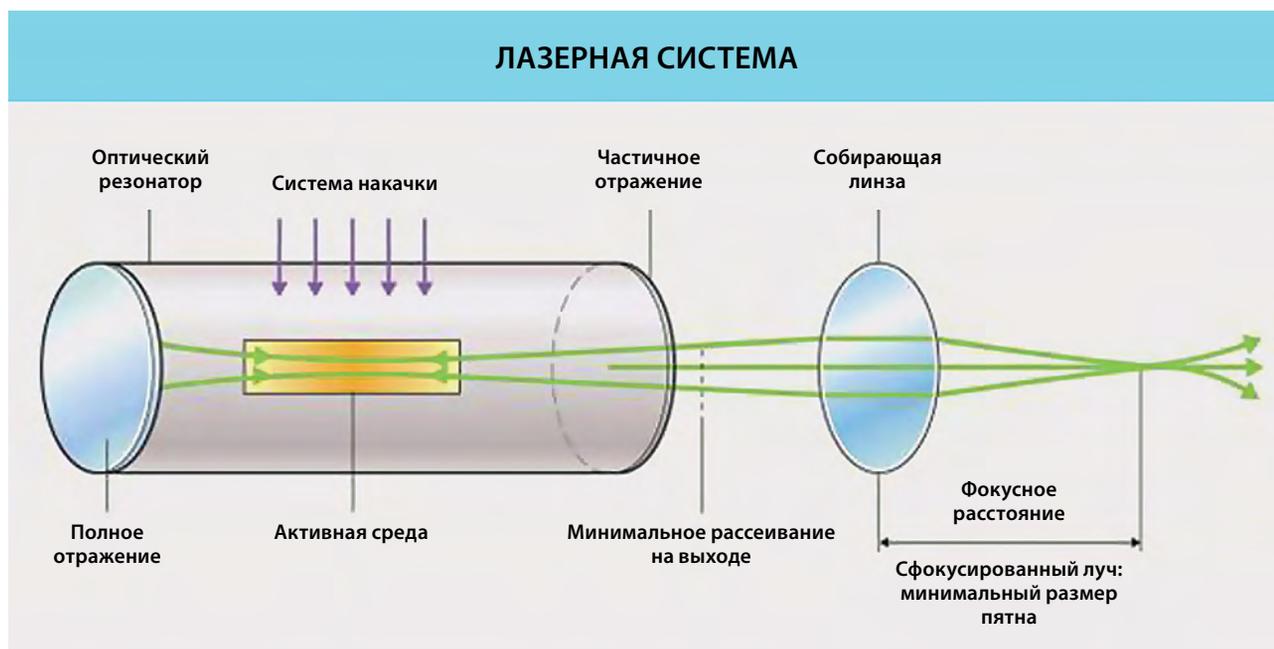


Рис. 1. Принцип работы лазера [5]

Твердотельные лазеры состоят из кристаллов или стекла. Сплошной материал обогащается ионами хрома, эрбия, неодима или титана (накачка лазера производится импульсной лампой или другим лазером). В свою очередь, основой полупроводниковых лазеров служат кристаллы-полупроводники. Типичным примером полупроводникового лазера выступают лазерные диоды. Главное отличие полупроводниковых лазеров от твердотельных заключается в том, что вынужденное излучение в них формируется не за счет перехода электронов между уровнями, а за счет переходов между энергетическими зонами или подзонами кристалла (накачка производится электрическим током). Светодиодные лазеры способны генерировать излучение красной и инфракрасной (ИК) области спектра, что наделяет их весомыми преимуществами:

- возможностью получения лазерного луча в любом спектральном диапазоне;
- возможностью одновременного получения нескольких лазерных лучей;
- менее интенсивным характером лазерного воздействия по сравнению с другими лазерными устройствами;
- миниатюрным размером манипулы;
- большей финансовой доступностью;
- высоким ресурсом работы.

Как работает лазерная эпиляция?

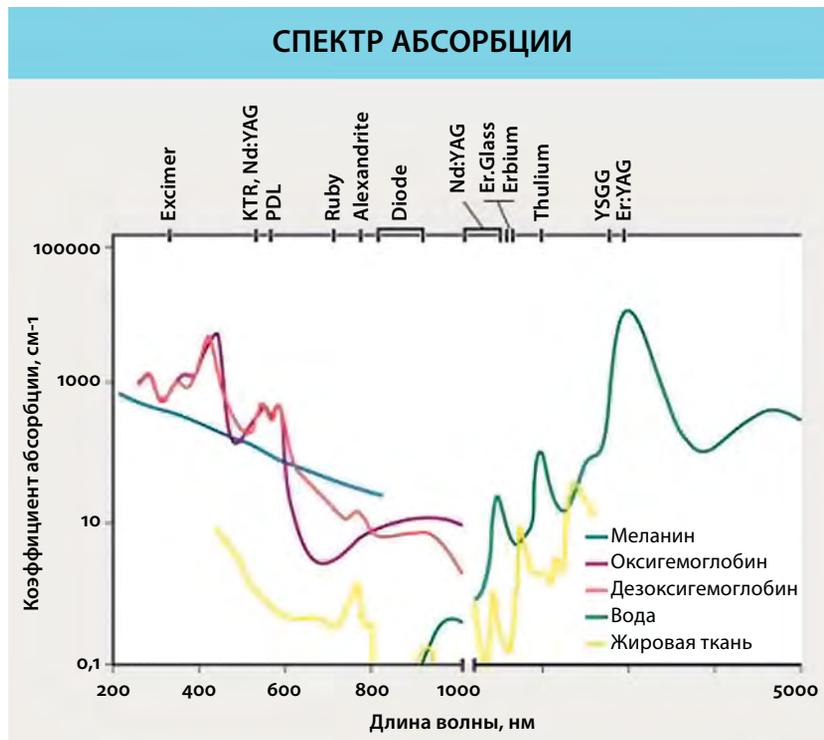


Рис. 2. Спектр поглощения энергии лазерного излучения различными хромофорами [5]

Технология лазерной эпиляции основана на концепции селективного фототермолиза [6]. Согласно этой концепции кванты света поглощаются рядом веществ-хромофоров, которые вследствие этого переходят в нестабильное возбужденное состояние. При обратном переходе хромофоров в устойчивую форму происходит высвобождение «избытка» энергии в окружающее пространство в виде тепла. Таким образом содержащая хромофор клетка-мишень под действием света подвергается нагреву и разрушению, а вслед за ней и близлежащие клетки.

Различные виды светового излучения имеют определенные мишени — хромофоры. Подобными мишенями в коже могут быть меланин, гемоглобин, татуировочные чернила, вода (**рис. 2**)

ГЛУБИНА ПЕНЕТРАЦИИ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ДЛИН ВОЛН

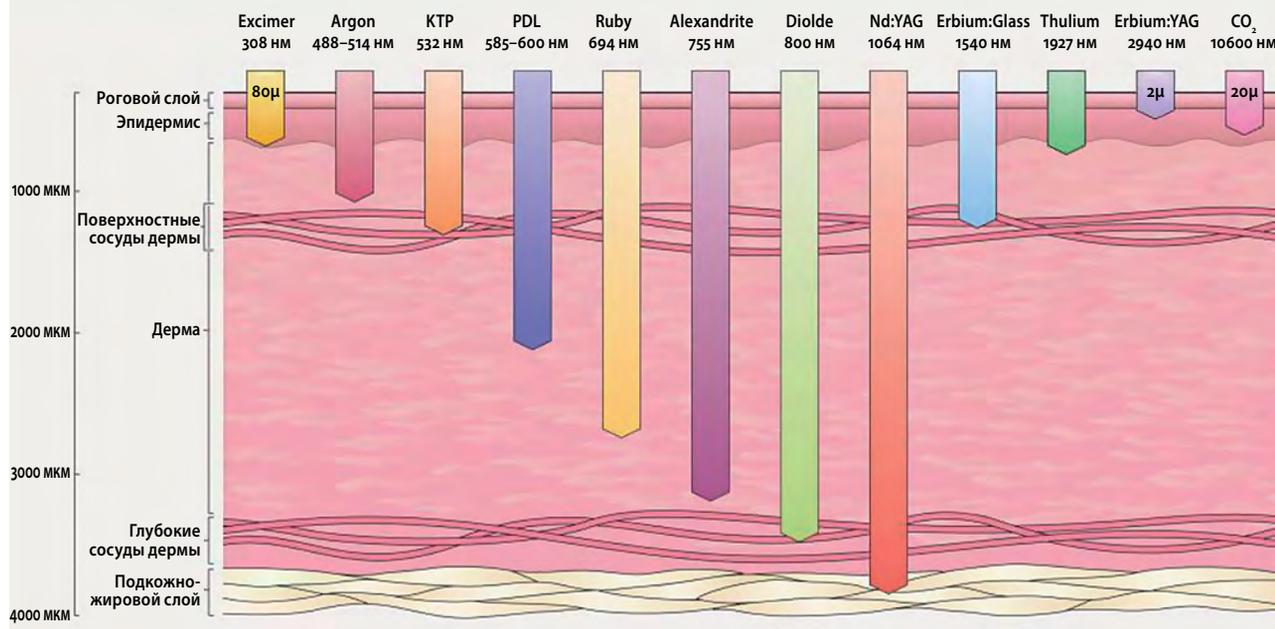


Рис. 3. Глубина оптической пенетрации лазерного излучения в зависимости от длины волны [5]

[5]. Спектр поглощения меланина лежит в ультрафиолетовом и видимом свете (400–1100 нм). Максимумы поглощения гемоглобина и его производных находятся в диапазоне 500–600 нм. К спектру поглощения коллагена относится область видимого света и ближней ИК-части спектра. Взаимодействие с водой происходит начиная с 1000–1100 нм с увеличением в сторону среднего и дальнего ИК-спектра [7].

Оптические свойства эпидермиса и дермы различны. В пигментированном эпидермисе поглощение энергии излучения меланином обычно является доминирующим процессом в большей части оптического спектра (200–1000 нм) (рис. 3) [5]. В дерме наблюдается сильное, зависящее от длины волны рассеивание энергии коллагеновыми волокнами, которое ослабляет проникновение света. Это рассеивание изменяется обратно пропорционально длине волны. В целом для излучения с длиной волны 280 и 1300 нм глубина проникновения увеличивается с увеличением длины волны. При длине волны свыше 1300 нм проникновение уменьшается из-за поглощения света водой. Наиболее глубоко проникает излучение с длиной волны 650–1200 нм, наименьшая глубина пенетрации свойственна излучению ультрафиолетовой и ИК-областей.

Выбирая излучение с подходящей длиной волны, мы получаем возможность прицельно воздействовать на участки скопления хромофоров.

В случае лазерной эпиляции мишенью для лазерного излучения служит меланин волосяного стержня. Прекращение роста волоса подразумевает воздействие

на расположенные в дермальном сосочке кератиноциты, производящие волос, и стволовые клетки, поддерживающие популяцию кератиноцитов. Однако в них нет хромофоров, которые могли бы послужить мишенью для световой энергии. По этой причине мы воздействуем на целевые клетки опосредованно — через нагрев расположенных на расстоянии меланоцитов и мертвых клеток волосяного стержня, содержащих меланин. Именно уничтожение стволовых клеток препятствует дальнейшему росту новых волос [8]. Наибольшей эффективности можно достичь, воздействуя на волосы в фазе анагена. Именно в эту часть цикла волосы содержат большое количество меланина и все еще связаны с волосяным фолликулом. Предполагается, что снижения количества волос на 20% после каждой процедуры можно достичь, проводя ее в фазе анагена с правильно подобранными параметрами эпиляции [9].

Долговременность эффекта прекращения роста волос обеспечивается не только непосредственным деструктивным воздействием на фолликул, но и нарушением роста волос за счет следующих предполагаемых механизмов:

- коагуляции питающих фолликул сосудов;
- запуска программируемой гибели клеток фолликулярного эпителия;
- нарушения взаимодействия между ростовыми клетками фолликула.

Как выбрать длину волны лазерного излучения для эпиляции?

При выборе параметров лазерной эпиляции необходимо добиться избирательного поглощения лучей лазера только мишенью при полном отсутствии поглощения за ее пределами. И здесь возникает ряд затруднений. Во-первых, меланин есть не только в волосе, но и в межфолликулярном эпидермисе. И этот меланин тоже поглощает свет и нагревается, в связи с чем лазерная эпиляция на смуглой коже более рискованна по причине ожога. Во-вторых, спектры поглощения хромофоров кожи частично перекрываются, что означает, что они также нагреваются, пусть не так сильно, как меланин. Идеальными кандидатами для лазерной эпиляции являются люди со светлой кожей и темными толстыми волосами [10].

Уменьшить поглощение энергии нецелевыми мишенями возможно посредством индивидуального подбора длины волны лазерного излучения (**табл. 1**).

Согласно результатам клинических исследований, диодные лазеры с длиной волны 810 нм могут считаться универсальным устройством для удаления волос при любом фототипе кожи. Однако светлые или тонкие волосы могут быть устойчивыми к воздействию лазерного излучения с длиной волны 810 нм из-за дефицита пигмента в волосяном стержне. Сложности могут возникнуть также при наличии у пациента темного фототипа кожи из-за поглощения энергии меланином межфолликулярного эпидермиса. Светлые и тонкие волосы более восприимчивы к воздействию лазерного излучения с длиной волны 755 нм, тогда как длина волны 1064 нм больше подходит для эпиляции при темной коже (**рис. 4**) [12, 13].

Таблица 1. Сравнительная характеристика длин волн лазерного излучения и их выбор для лазерной эпиляции [11]

Показатели	Рубиновый лазер	Александритовый лазер	Неодимовый лазер (Nd:YAG)	Диодный лазер
Длина волны	694 нм	755 нм	1064	800–810 нм
Плотность энергии в импульсе	До 40–60 Дж/см ²	10–20 Дж/см ²	10–40 Дж/см ²	10–60 Дж/см ²
Мишень, глубина проникновения	Меланин волосяного фолликула	Область минимального поглощения гемоглобином и сильного — меланином. Проникает на глубину около 3 мм, что иногда недостаточно	Поглощение света окси-, дезоксигемоглобином и различными белковыми структурами. Проникает на всю глубину дермы, разрушает глубокорасположенные фолликулы. Слабо поглощается в меланине кожи	Меланин волосяного фолликула
Возможности	Эффективен при: <ul style="list-style-type: none"> ■ I–II фототипах кожи; ■ темных волосах; ■ светлые и рыжие волосы, а также волосы на загорелой коже или коже IV–V фототипов практически не удаляются 	Эффективен при: <ul style="list-style-type: none"> ■ I–IV фототипах кожи; ■ темных волосах; ■ малоэффективен для светлых волос 	Эффективен при: <ul style="list-style-type: none"> ■ III–IV фототипах кожи; ■ светлых волосах; ■ эффективен для эпиляции волос с низким содержанием меланина 	Эффективен при: <ul style="list-style-type: none"> ■ I–VI фототипах кожи; ■ темных волосах; ■ сложность при эпиляции светлых и рыжих волос

Недавно были разработаны новые диодные лазеры с длиной волны 755 и 1064 нм, значительно расширяющие возможности лазерной эпиляции [14]. Это послужило основой для создания гибридных лазеров — устройств, испускающих лазерное излучение нескольких длин волн.

Гибридный лазер DIOLAZE XL — универсальное решение проблемы нежелательных волос



Первый и единственный в мире гибридный лазер для эпиляции, получивший одобрение FDA — DIOLAZE XL от компании InMode (Израиль). Аппликатор DIOLAZE XL обеспечивает индивидуальный подбор длин волн лазерного излучения, плотности потока энергии и длительности импульса с целью достижения максимальной эффективности и безопасности эпиляции для каждого пациента. Насадки доступны в трех конфигурациях длин волн: 810 нм, комбинация 755/810 нм, комбинация 810/1064 нм (табл. 2).

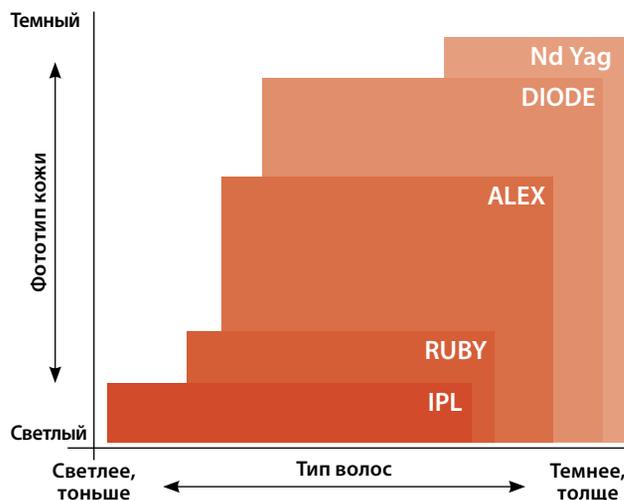


Рис. 4. Выбор длины волны лазерного излучения в зависимости от фототипа кожи и особенностей волос [12]

Таблица 2. Характеристики DIOLAZE XL

Цвет волос	Тип волос	Фототип кожи	Класс и комбинация волн	Длина волны, нм	Мощность, Дж/см ²	Частота повторения, Гц	Длина импульса, короткий/длинный, мс
Черные, темно-русые и каштановые волосы	Тонкие и жесткие	I–VI	Диодный лазер	810	До 40	До 5	5/140
Черные, каштановые и светло-русые волосы	Жесткие и тонкие	I–IV	Александрит/диод	755/810	До 40	До 5	5/140
Черные и каштановые волосы	Очень жесткие и густые	IV–VI	Диод/неодим	810/1064	До 40	До 5	5/140

Каждая насадка оснащена 20 диодными лазерными стержнями, установленными вертикально. Сапфировый световод расположен в передней части наконечника и доставляет энергию лазерного луча к обрабатываемой ткани. Он окружен металлической оправой из холодного позолоченного металла. Подобная конструкция обеспечивает охлаждение до температуры около 7 °С места обработки и нескольких миллиметров вокруг до, во время и после импульса, вследствие чего во время процедуры нет необходимости применять обезболивание (3 РС-охлаждение). Охлаждение достигается за счет эффекта Пельтье. При протекании тока через контакт двух полупроводниковых материалов с разными уровнями энергии электронов электрон одного проводника должен приобрести энергию, чтобы перейти в более высокоэнергетическую зону проводимости другого полупроводника. При поглощении этой энергии происходит охлаждение места контакта полупроводников. Система охлаждения с применением элемента Пельтье позволяет достичь на поверхности, прилегающей к устройству, температур ниже температуры окружающей среды.

Клинический опыт применения DIOLAZE XL для эпиляции

АПЛИКАТОР DIOLAZE 810 NM

В недавно опубликованном исследовании Goldberg D.J. и соавт. представили клинические результаты эпиляции в области подмышек с использованием диодного лазера 810 нм (DIOLAZE, InMode, США) [15]. В исследовании приняли участие 14 пациенток в возрасте 18–70 лет с фототипами кожи I–IV по шкале Фицпатрика и терминальными волосами каштанового/черного цвета в подмышечных впадинах. Участницам было проведено 3 процедуры лазерной эпиляции с интервалом 4–6 нед в обеих подмышечных областях (всего 28 обрабатываемых зон). Параметры процедуры: длина импульса 810 нм, плотность энергии 30–40 Дж/см², длительность импульса 30 мс с использованием контактного охлаждения. Эффективность процедуры оценивали через 3 и 6 мес после проведения последней процедуры с использованием фотографий области обработки и оценки количества волос вручную, которая проводилась на площади 2 см².

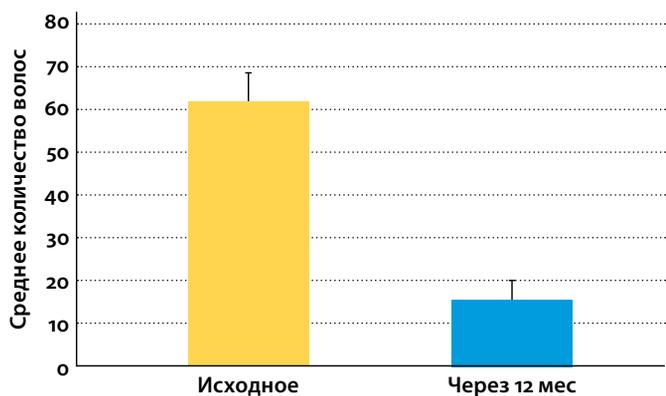


Рис. 5. Графическое представление среднего количества волос в начале исследования и при последующем наблюдении через 12 мес после завершающей процедуры [15]



Рис. 6. Подмышечные области до процедуры лазерной эпиляции DIOLAZE (верхний ряд снимков) и спустя 12 мес (нижний ряд снимков)

Результаты продемонстрировали уменьшение объема волос в среднем на 70% без значительных или неожиданных нежелательных явлений.

К ожидаемой немедленной ответной реакции относились незначительная болезненность, эритема и легкая отечность, выраженность которых уменьшилась без дополнительного вмешательства через несколько часов.

Пациентки были приглашены для последующего наблюдения через 12 мес, и 11 из 14 пациенток приняли участие в этом долгосрочном исследовании. Была проведена оценка возобновления роста волос в 22 подмышечных впадинах на основании фотографий, результаты сравнивались с исходными данными [16].

Среднее количество волос составляло 61,4 волоса изначально и 15 волос при последующем визите через 12 мес. **Таким образом, через 12 мес после проведения завершающей процедуры среднее снижение количества волос составило 72,9% (рис. 5, 6).**

Результаты исследования не только указывают на выраженную приостановку роста волос но, что не менее важно, подчеркивают долгосрочность достигнутого эффекта.

МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АППЛИКАТОРА DIOLAZE XL

Gold M.H. и соавт. оценили эффективность лазерной эпиляции при помощи аппликатора DIOLAZE XL с комбинацией длин волн 755/810 нм и 810/1064 нм [17].

АППЛИКАТОР DIOLAZE XL 755/810 НМ

В первую выборку вошли 50 пациентов (44 женщины и 6 мужчин) в возрасте 19–36 лет. 66% участников имели II фототип кожи, 34% — III фототип.

Пациенты прошли 3 процедуры обработки с интервалом в 6 нед и наблюдались в течение 6 мес после завершающей процедуры. Эпиляция проводилась на различных участках тела, таких как ноги, подмышечная область, зона бикини, грудь, спина и лицо.

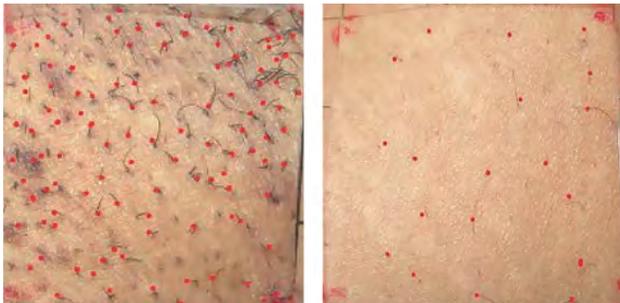


Рис. 7. Пример подсчета волос на фотографиях до (слева) и при последующем посещении (справа) [16]

Эффективность лазерной эпиляции оценивали по среднему уменьшению волос при контрольном обследовании через 6 мес по сравнению с исходным количеством. Подсчет волос проводился путем маркировки видимых волосков на фотографиях обрабатываемых участков тела пациентов (рис. 7).

Согласно полученным результатам, на 6-й мес периода наблюдения количество волос в среднем снизилось на 84%.

Репрезентативные фотографии различных областей, обработанных DIOLAZE XL 755/810 нм, сделанные в начале и через 6 мес, представлены на рис. 8, 9.

АППЛИКАТОР DIOLAZE XL 810/1064 НМ

Вторая выборка включала 50 участников женского пола в возрасте 19–36 лет. Пациентки имели следующие фототипы кожи по Фицпатрику: IV (37,5%), V (41,5%) и VI (21%).

Различные участки тела были обработаны с помощью аппликатора DIOLAZE XL 810/1064 нм, включая подмышечную область, зону бикини, ноги и лицо.

Через 6 мес после завершающей процедуры отмечалось снижение количества волос на 81% (диапазон 70–84%) (рис. 10–12).

Нежелательные явления включали легкую эритему и отечность, которые постепенно разрешились без дополнительного вмешательства (рис. 13).



Рис. 8. Левая рука до процедуры эпиляции DIOLAZE XL 755/810 (слева) и через 6 мес после завершающей процедуры (справа) [16]



Рис. 9. Правая подмышечная область до процедуры эпиляции DIOLAZE XL 755/810 (слева) и через 6 мес после завершающей процедуры (справа) [16]



Рис. 10. Лицо субъекта до процедуры эпиляции DIOLAZE XL 810/81064 (слева) и через 6 мес после завершающей процедуры (справа) [16]



Рис. 11. Область коленей до процедуры эпиляции DIOLAZE XL 810/81064 (слева) и через 6 мес после завершающей процедуры (справа) [16]



Рис. 12. Ноги до процедуры эпиляции DIOLAZE XL 810/81064 (слева) и через 6 мес после завершающей процедуры (справа) [16]



Рис. 13. Перифолликулярный отек и эритема после воздействия DIOLAZE XL 755/810 нм (А), перифолликулярный отек после обработки DIOLAZE XL 810/1064 нм (Б)

Обсуждение

Выбор оптимального лазера в конкретном клиническом случае имеет решающее значение для успеха и безопасности процедуры эпиляции. При этом следует учесть тип кожи и волос пациента, чтобы подобрать длину волны лазера, которая обеспечит прицельное поглощение энергии меланином волосяного стержня на необходимой глубине.

Диапазон длин волн лазерного излучения от 650 до 1300 нм считается в целом подходящим для достижения типичной глубины залегания волосяных фолликулов от 1 до 3 мм. Наилучшая глубина проникновения наблюдается при длине волны 1060 нм, что соответствует Nd:YAG-лазеру, но поглощение энергии излучения меланином волосяного стержня при этой длине волны относительно низкое, и эффективность эпиляции не очень высока. Максимальная эффективность соответствует длине волны 650–700 нм, но глубина проникновения при этом ограничена.

Лазерное излучение с длиной волны 755 нм прекрасно подходит для удаления волос у пациентов со светлой кожей, в то время как Nd:YAG-лазер с длиной волны 1064 нм стал востребован для эпиляции у пациентов со смуглой кожей [18, 19].

Одним из компромиссов между этими двумя длинами волн является использование диодного лазера с длиной волны 810 нм, который имеет большую глубину проникновения по сравнению с лазерным излучением с длиной волны 755 нм и гораздо более высокий коэффициент поглощения энергии меланином, чем Nd:YAG-лазер [20].

Для темной кожи было бы логичным шагом использовать длину волны от 810 до 1064 нм, но пик поглощения лазерного излучения водой в этом диапазоне делает эти длины волн менее эффективными для эпиляции.

Одним из решений является использование комбинации двух длин волн с клинически доказанной эффективностью. Использование комбинации длин волн 810 и 1064 нм улучшило бы глубину проникновения лазерного излучения с сохранением удовлетворительного профиля безопасности и высокой эффективности удаления волос при темных фототипах кожи. Комбинация лазерного излучения с длинами волн 755 и 810 нм позволила бы оптимизировать процедуру эпиляции для волос различного цвета. Поскольку все эти длины волн лазерного излучения признаны безопасными и эффективными, их сочетанное применение не вызывает никаких опасений по поводу повышения риска нежелательных явлений.

Заключение

Новый гибридный лазер DIOLAZE XL со смешанным режимом длин волн 755/810 нм и 810/1064 нм обеспечивает широкий диапазон глубины проникновения и поглощения энергии меланином волосяных стержней. Клинический опыт подтверждает безопасность и эффективность обеих комбинаций длин волн для удаления различного типа волос на светлой и темной коже.

Новый комбинированный подход обеспечивает более точный и персонализированный характер эпиляции, создавая основу для достижения выраженного и долговременного прекращения роста волос при минимальном риске нежелательных явлений.

КОММЕНТАРИЙ ЭКСПЕРТА

Гайдаш

Наталья Владимировна

Главный редактор журнала «Аппаратная косметология»
К. м. н., дерматовенеролог,
косметолог, специалист
по лазерным технологиям,
руководитель медицинского
центра «ТриАктив»

Гибридные лазеры способны испускать не одну, а несколько длин волн. Это весомое преимущество делает гибридные лазеры оптимальным инструментом лазерной эпиляции и позволяет эффективно устранять разные по цвету и структуре типы волос. Многие ведущие производители лазерных аппаратов следуют этой тенденции.

Литература

1. Aesthetic Plastic Surgery National Databank Statistics 2020. *Aesthet Surg J* 2021; 41(Suppl 2): 1–16.
2. **Krasniqi A., McClurg D.P., Gillespie K.J., Rajpara S.** Efficacy of lasers and light sources in long-term hair reduction: a systematic review. *J Cosmet Laser Ther* 2022; 24(1–5): 1–8.
3. **Goel A., Rai K.** Methods to Overcome Poor Response and Challenges of Facial Laser Hair Reduction. *J Clin Aesthet Dermatol* 2022; 15(6): 38–41.
4. Лазеры в практике косметолога и дерматолога / под общ. ред. Е.И. Эрнандес, Е.М. Раханской. М.: ООО ИД «Косметика и медицина», 2020. 196 с.
5. Материалы сайта <https://plasticsurgerykey.com/lasers-and-other-energy-based-technologies-principles-and-skin-interactions>.
6. **Anderson R.R., Parrish J.A.** Selective photothermolysis: precise microsurgery by selective absorption of pulsed radiation. *Science* 1983; 220(4596): 524–527.
7. **Martella A., Raichi M.** Photoepilation and Skin Photorejuvenation: An Update. *Dermatol Reports* 2017; 9(1): 7116.
8. **Fayne R.A., Perper M., Eber A.E., et al.** Laser and light treatments for hair reduction in Fitzpatrick skin types IV–VI: a comprehensive review of the literature. *Am J Clin Dermatol* 2018; 19(2): 237–252.
9. **Thomas M.M., Houeild N.N.** The “in’s and outs” of laser hair removal: a mini review. *J Cosmet Laser Ther* 2019; 21(6): 316–322.
10. **Agarwal M., Velaskar S., Gold M.H.** Efficacy of a low fluence, high repetition rate 810 nm diode laser for permanent hair reduction in Indian patients with skin types IV–VI. *J Clin Aesthet Dermatol* 2016; 9(11): 29–33.
11. **Деев А.И., Шарова А.А., Брагина И.Ю.** Новая косметология. Аппаратная косметология и физиотерапия. М.: ИД «Косметика и медицина», 2014.
12. Материалы сайта <https://cambridgelaserclinic.com/laser-treatments/hair-removal/lasers-explained/>
13. **Ibrahimi O.A., Avram M.M., Hanke C.W., et al.** Laser Hair Removal. *Dermatol Ther* 2011; 24(1): 94–107.
14. **Royo J., Moreno-Moraga J., Trelles M.A.** Clinical Assessment of a New 755 nm Diode Laser for Hair Removal: Efficacy, Safety, and Practicality in 56 Patients. *Lasers Surg Med* 2017; 49(4): 355–360.
15. **Goldberg D.J., Courtney E.** Clinical evaluation of hair removal using an 810 nm diode laser with a novel scanning device. *J Drugs Dermatol* 2016; 15(11):1330–1333.
16. **Goldberg D.J.** One year follow-up results of hair removal using an 810 nm diode laser. *J Cosmet Dermatol* 2018; 17(5): 775–778.
17. **Gold M.H., Hellman J., Dahan S., Mulholland R.S.** Clinical Evaluation of a Novel Blended Mode Diode Laser for Hair Removal. *J Cosmet Dermatol Sci App* 2019; 09(01): 19–29.
18. **Royo J., Moreno-Moraga J., Trelles M.A.** Clinical Assessment of a New 755 nm Diode Laser for Hair Removal: Efficacy, Safety, and Practicality in 56 Patients. *Lasers Surg Med* 2017; 49(4): 355–360.
19. **Tahiliani S.T., Tahiliani H.S.** Prospective Evaluation of the Safety and Efficacy of a 1060-nm Large Spot Size, Vacuum-Assisted Hair Removal Diode Laser System in Asian/Pacific Fitzpatrick’s Skin Types IV-V Patients. *J Drugs Dermatol* 2016; 15(11): 1427–1434.
20. **Scilletta A., Pompili G.** Laser Diode 800nm and Hirsutism in Darker Skinned Patients: Our Experience on 552 Women. *J Adv Plast Surg Res* 2016; 2: 1–4.

Шептий О.В., Генералова Т.В.

Плазменные технологии в косметологии и дерматологии: новые возможности и перспективы использования

Плазма представляет собой четвертое агрегатное состояние вещества и является полностью или частично ионизированным газом. В статье рассматриваются свойства плазмы и особенности ее взаимодействия с кожей, методы использования плазмы в косметологии (технология плазменной регенерации кожи и фракционная микроплазменная RF-технология), а также современные плазменные устройства.

Ключевые слова: плазменные технологии, плазменное омоложение, плазменная регенерация кожи, фракционная микроплазменная RF-технология, плазменный душ, сублимация

Шептий Олег Васильевич

К.м.н., специалист в области лазерной дерматологии и хирургии, член Американского общества лазерной медицины и хирургии (ASLMS) и Общества специалистов в области фотомедицины, Москва

Генералова Таиса Витальевна

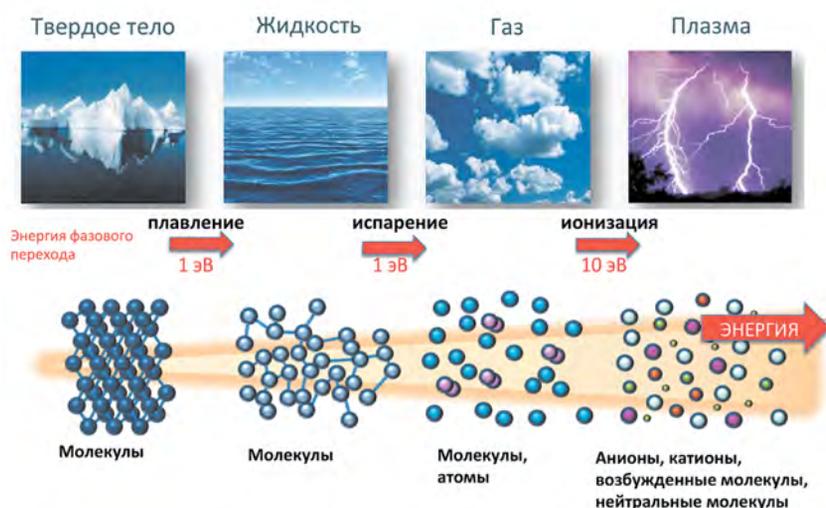
Врач-косметолог центра аппаратной косметологии «Вирсавия», Москва

Использование плазменных технологий является относительно новым направлением в косметологии и пока еще не совсем понятным. Первые устройства создавались как альтернатива лазерному омоложению, однако последние исследования показывают, что возможности использования плазмы гораздо шире.

Плазма: что это такое?

Чтобы понять, какие преимущества дает использование плазменных технологий, давайте сначала разберемся, что такое плазма. Плазма — это газ, который, в отличие от привычных нам стабильных газов, состоит не только из нейтральных молекул, но включает также заряженные частицы — свободные электроны и положительные и отрицательные ионы (а в некоторых случаях состоит только из этих заряженных частиц).

Несмотря на то, что в плазме присутствуют частицы разного знака, количество носителей положительного и отрицательного заряда в единице ее объема практически одинаково — то есть общий заряд плазмы равен нулю. Эта особенность, ставящая плазму особняком от других систем, содержащих заряженные частицы (например, электронные или ионные пучки), получила название квазинейтральность. При этом плазма сохраняет главное свойство, отличающее ее от стабильных газов, — способность взаимодействовать с внешним электромагнитным полем и проводить электрический ток.



1. **Твердое вещество.** В твердом состоянии вещество сохраняет форму и объем — молекулы, которые его образуют, соединены между собой крепкими связями и расположены строго упорядоченным образом. При низких температурах все вещества замерзают и превращаются в твердые тела
2. **Жидкость.** В жидком состоянии вещество сохраняет объем, но не сохраняет форму — между молекулами существует притяжение, достаточно сильное, чтобы удержать их на близком расстоянии, но недостаточное для поддержания постоянной структуры.
3. **Газ.** Молекулы газа взаимодействуют слабо и движутся хаотически, в связи с чем газ заполняет весь доступный объем.
4. **Плазма.** Является частично или полностью ионизированным газом. Взаимодействует с другими заряженными частицами и электромагнитным полем.

Рис. 1. Четыре агрегатных состояния вещества [1]

В состояние плазмы газ переходит при передаче ему большого количества энергии, которая сможет «оторвать» электроны от атомов. Таким образом, плазму называют четвертым (после твердого, жидкого и газообразного) агрегатным состоянием вещества (рис. 1). Энергия, которая на это потребуется, зависит от конкретного вещества, а именно строения внешних электронных оболочек его атомов: чем легче атом отдает электрон, тем меньше энергии необходимо затратить на его отрыв. В естественных условиях источником такой энергии является преимущественно нагревание, однако плазму можно получить и иными способами [1].

Различают два вида плазмы [2]:

- **высокотемпературная** — практически полностью ионизованная плазма. Такой вид плазмы присутствует на Солнце, образуется при разряде молний и в ходе термоядерного синтеза. Высокотемпературная плазма считается «классическим» четвертым агрегатным состоянием вещества;
- **низкотемпературная** — с малой степенью ионизации (до 1%). Обычно ее получают при воздействии на газ электрического тока, ускоряющего электроны, которые в свою очередь ионизируют атомы. Именно с таким типом плазмы работают технологические производства и медицина.

Биомедицинские эффекты плазмы

Плазма является источником [2]:

- тепла;
- реактивных форм кислорода, азота и свободных радикалов;
- различных видов излучения (от ультрафиолетового до инфракрасного).

Конкретные эффекты при взаимодействии с тканями-мишенями будут зависеть от типа применяемой плазмы, ее дозы, скорости потока, давления,

времени воздействия (параметры, на которые можно влиять с помощью модификации устройств) и характеристик самой ткани [3].

Первоначально медицина взяла на вооружение тепловые эффекты плазмы. Так, высокоскоростной поток плазмы, получаемый с помощью воздействия на инертные газы электрического тока большой силы, известен как плазменный нож и используется для рассечения и удаления тканей. Способность плазмы нагревать ткани (хотя уже с меньшей интенсивностью) стало фундаментом ее использования и в косметологии [4]. Однако нужно сказать, что в последние годы все больше внимания привлекает к себе технология холодной низкотемпературной плазмы (35–40 °С), которая позволяет добиваться лечебных эффектов без повреждения живых тканей.

В настоящее время изучается возможность применения способности холодной низкотемпературной плазмы генерировать свободные радикалы и ультрафиолетовое излучение для дезинфекции кожи человека, а также для обработки ран. Такое воздействие позволяет убить устойчивые к антибиотикам микроорганизмы (что особенно актуально для внутрибольничных инфекций), не повреждая при этом саму кожу. Противомикробная активность плазмы была продемонстрирована не только на лабораторных животных, но и в ходе рандомизированных контролируемых исследований на людях: 2-минутная обработка ран с помощью холодной аргоновой плазмы обуславливала значительное уменьшение количества как грамотрицательных, так и грамположительных бактерий в ранах [5].

Также было выявлено, что обработка ран холодной низкотемпературной плазмой ускоряет их заживление [6]. Недавняя работа, опубликованная в журнале *Scientific Reports*, продемонстрировала, что такая плазма стимулирует пролиферацию и дифференцировку кератиноцитов за счет активации β -катенин-сигнального пути и ингибирования E-кадгерина, который отвечает за контактное торможение клеточного роста. У мышей, раны которых обрабатывались низкотемпературной плазмой, уже спустя 15 дней отмечалось практически полное восстановление эпидермиса

и мышечной ткани, а также высокая плотность коллагеновых волокон, в то время как в ранах, заживающих естественным образом, эти процессы шли гораздо медленнее (рис. 2) [7]. В другой работе было продемонстрировано, что обработка культуры фибробластов холодной низкотемпературной плазмой увеличивает экспрессию генов, ответственных за синтез коллагена I типа, фибронектина и фактора роста эндотелия сосудов [8].

Последние исследования также выявили, что холодная плазма обуславливает временное снижение барьерной функции рогового слоя и усиливает проницаемость

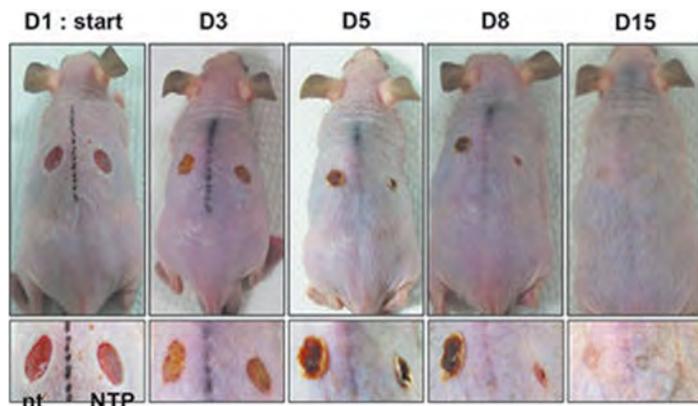


Рис. 2. Рана слева заживала естественным образом, рана справа 3 раза в день в течение 5 мин обрабатывалась холодной низкотемпературной плазмой на протяжении 2 нед [7]

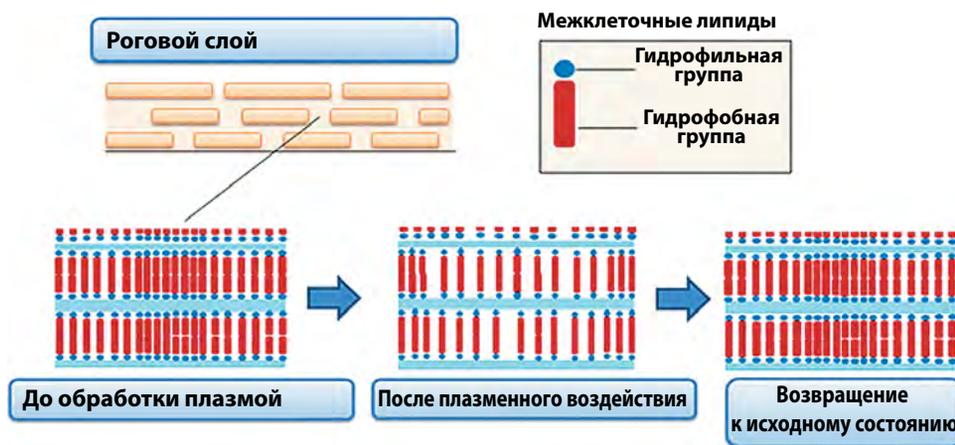


Рис. 3. Преходящее изменение проницаемости липидных бислоев после воздействия холодной низкотемпературной плазмой [9]

кожи для лекарственных и косметических средств. Предполагается, что это связано с перестройкой липидных бислоев под действием плазмы и формированием временных каналов, облегчающим прохождение различных веществ (рис. 3) [9]. Также продемонстрировано, что импульсные электрические поля, формирующиеся при контакте плазмы с кожей, способны изменять электрический заряд клеточных мембран и образовывать поры, через которые в клетку могут поступать различные активные вещества. Это явление известно как электропорация [10].

К тому же плазма влияет на свертываемость крови, иммунную систему, а также пролиферацию и апоптоз раковых клеток [10].

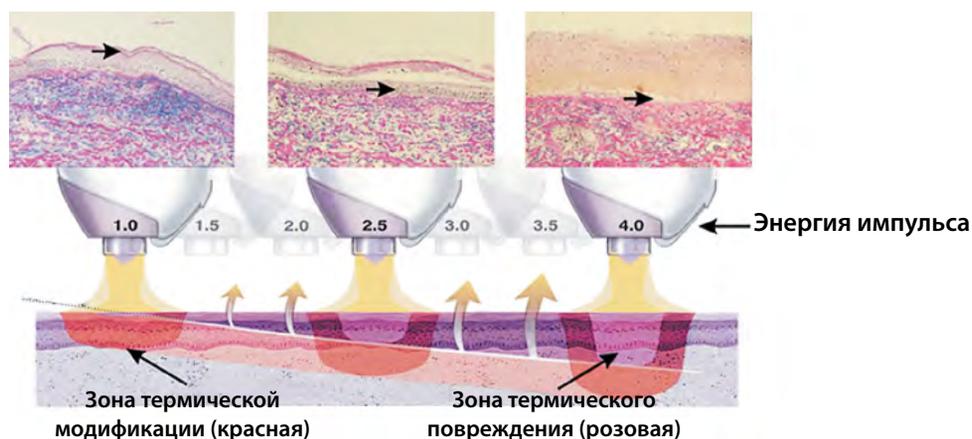
Плазменные методы в косметологии

Начало эры плазменных технологий в косметологии связано с тепловыми эффектами плазмы. Так, плазменные методы омоложения основаны на контролируемом термическом повреждении тканей с целью запуска регенеративных процессов и «обновления» тканей. Этот принцип является основой и других методов аппаратного омоложения, однако в случае использования плазмы есть свои особенности.

ПЛАЗМЕННАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ КОЖИ

Пионером плазменного омоложения является технология плазменной регенерации кожи (Plasma Skin Regeneration, PSR), которая появилась в 2006 г., а первым устройством стал Portrait PSR (Rhytec, Великобритания). В качестве плазмообразующего газа было предложено использовать азот — инертный газ, который способен вытеснить кислород, необходимый для окисления и горения, с поверхности кожи, и таким образом минимизировать риск ожога и образования рубцов. Под действием ультравысокочастотного электрического тока в рукоятке устройства происходит ионизация молекул азота и образуется плазма, которая доставляется к коже бесконтактным способом в виде

Рис. 4. Зоны термического воздействия при обработке кожи с разными уровнями энергии по технологии плазменной регенерации кожи. Стрелками указана граница зоны термического повреждения



миллисекундных импульсов (такой бесконтактный способ обработки позволяет коже быстро остывать и исключает риск ожогов от деталей устройства). То есть, по сути, плазма является «переносчиком» электрической энергии.

Как только плазма попадает на кожу, ее энергия быстро распределяется по поверхности и обеспечивает градиентный нагрев кожи — сначала эпидермиса, а затем (в зависимости от используемого уровня энергии) дермы с формированием поверхностной зоны необратимого термического повреждения и более глубокой зоны термической модификации (**рис. 4**) [11].

Глубина и площадь теплового эффекта определяются установкой энергии и размером пятна наконечника, которое можно увеличить или уменьшить, приближая или удаляя наконечник от поверхности кожи. Так, низкоэнергетические импульсы (около 1 Дж) оказывают воздействие только на эпидермис, а высокоэнергетические (3–4 Дж) обеспечивают нагревание дермы (глубина достигает 500–600 мкм) [11].

Важно, что, в отличие от лазеров, плазма не требует наличия хромофоров в коже, поэтому разогрев тканей протекает равномерно, без «взрывной» vaporization тканей. Слой старого поврежденного эпидермиса служит «биологической защитной повязкой» нижележащим клеткам и остается на месте, пока не образуется новый, а затем постепенно отшелушивается. Кроме того, это позволяет проводить обработку кожи любых фототипов и сокращает риск побочных эффектов в виде шрамов, инфекций и депигментации. Даже в случае высокоэнергетического воздействия неопителизация происходит быстро и обычно завершается в течение 5–7 дней после процедуры.

Процессы, протекающие в дермальном слое, более длительные. Сразу после обработки отмечается контракция коллагеновых волокон (в тех областях, где температура нагревания превышала 60 °C) и реакция на тепловой шок, затем происходит постепенное разрушение поврежденных структур и активация неоколлагеногенеза и неоэластиногенеза. Процессы ремоделирования дермы продолжаются как минимум 3 мес после обработки [11–13].

- **Низкоэнергетическая обработка** дает поверхностное воздействие по типу легкого пилинга и обеспечивает осветление и выравнивание тона кожи



Рис. 5. Восстановление кожи лица после низкоэнергетической обработки Portrait PSR для коррекции умеренных признаков фотостарения [12]

и мелких морщин (**рис. 5**) [11]. Курс состоит из 3–4 процедур с перерывом 3 нед и не требует реабилитации.

- Процедуры с использованием **высоких энергий** применяются для коррекции морщин, повышения упругости и подтяжки кожи (в том числе кожи верхних и нижних век), уменьшения рубцов и растяжек. Они более дискомфортны и сопровождаются восстановительным периодом 1–2 нед (**рис. 6**) [11].



Рис. 6. Восстановление кожи лица после высокоэнергетической обработки Portrait PSR для коррекции выраженных признаков фотостарения [12]



Рис. 7. Фракционная микроплазменная RF-технология (насадки)

ФРАКЦИОННАЯ МИКРОПЛАЗМЕННАЯ RF-ТЕХНОЛОГИЯ

Еще одним вариантом использования особых свойств плазмы для проведения омолаживающих процедур является фракционная микроплазменная RF-технология, появившаяся в 2010 г. и реализованная в устройстве Pixel RF (Израиль). На специальных наконечниках манипулы (в виде подвижных роликов или плоских

стационарных насадок) размещено множество игольчатых электродов (спикул). При приближении к поверхности кожи на несколько микрометров мощный электрический радиочастотный разряд, проходящий через электроды, формирует вспышки плазмы (микроплазменные разряды высокой плотности). Эти вспышки «пробивают» эпидермис и верхние слои дермы, образуя микроканалы, окруженные зоной термического повреждения. При дальнейшем вращении ролика (или надавливании стационарной насадкой) спикулы вдавливаются в эти участки абляции, оказывая на них дополнительное механическое воздействие (рис. 7).

Глубина и размеры повреждений также будут определяться энергией и продолжительностью импульсов (согласно исследованиям на коже поросят, колодцы абляции могут достигать 50–200 мкм в глубину и 80–200 мкм в диаметре, а зона коагуляции — распространяться еще на 100–200 мкм вокруг них). Эпителизация завершается через 3–4 дня, процессы ремоделирования дермы длются вплоть до 6 мес [14].

Фракционная микроплазменная RF-обработка рекомендуется для коррекции возрастных изменений (морщин, дряблости кожи и т.д.), а также для выравнивания тона кожи и уменьшения рубцов. Кроме того, быстрота выполнения процедур (в среднем 10 мин для 5 проходов по лицу) позволяет использовать ролики для обработки больших площадей кожи, например живота.

Плазма vs. лазеры

Каковы же особенности плазменного омоложения по сравнению с лазерным, альтернативой которому оно изначально создавалось?

В отличие от лазеров, плазму можно использовать на коже любых фототипов. Гиперпигментация, которая может встречаться после процедур, в целом возникает реже, чем в случае лазерной обработки. Также существенно снижен риск инфицирования и рубцевания.

Продемонстрировано, что CO₂-лазеры формируют более однородные по глубине и диаметру повреждения, в то время как в случае использования плазмы эти размеры могут варьировать. Кроме того, лазеры обеспечивают более глубокое воздействие, чем плазма. Однако именно более поверхностные эффекты плазменной обработки могут быть одной из причин меньшего

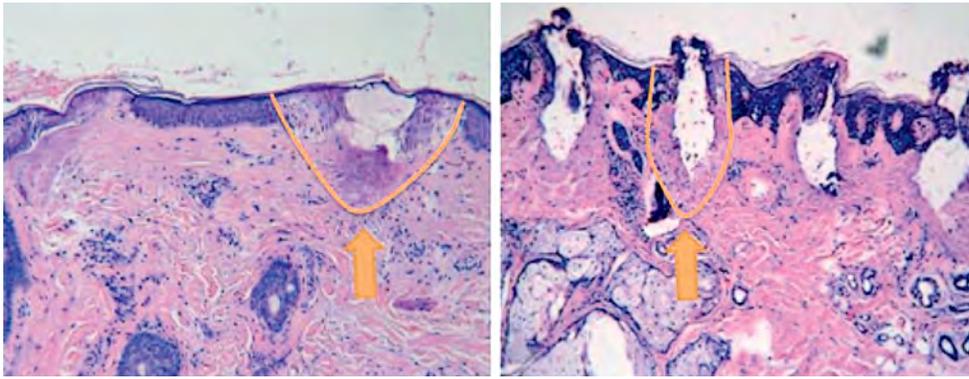


Рис. 8. Гистологические изменения сразу после обработки атрофических рубцов постакне с помощью микроплазменной RF-технологии (слева) и фракционного CO₂-лазера (справа)

риска поствоспалительной гиперпигментации [14]. Что касается эффективности процедур, то было проведено непосредственное сравнение фракционной микроплазменной RF-технологии и фракционного CO₂-лазера для устранения рубцов постакне. Одна сторона лица пациентов (всего участвовало 33 человека с III и IV фототипами кожи) обрабатывалась с помощью плазмы, другая — лазера, по 3 процедуры каждого вида. Глубина повреждений в первом случае варьировала в пределах 120–150 мкм, а диаметр составлял 150–180 мкм. Фракционный CO₂-лазер формировал повреждения глубиной 300–400 мкм и диаметром 100–120 мкм. Зона термического повреждения вокруг колодца абляции была шире в случае микроплазмы (**рис. 8**).

Оба метода существенно и практически равнозначно снизили выраженность рубцов постакне — с $51,1 \pm 14,2$ до $22,3 \pm 8,6$ в случае плазмы (улучшение на 56,4%) и с $48,8 \pm 15,1$ до $19,9 \pm 7,9$ для CO₂-лазера (улучшение на 59,2%) по шкале ЕССА. При этом в ответ на лазерное воздействие у 12 человек (36,4%) развилась поствоспалительная гиперпигментация, а со стороны микроплазменной обработки таких осложнений зафиксировано не было [15].

Таким образом, низкоэнергетическая плазма позволяет бороться с пигментацией, выравнивать текстуру и тон кожи и, по сути, приравнивается к неаблятивным лазерам. Высокоэнергетическая плазма, в свою очередь, помогает бороться с более серьезными дефектами, как то: морщины, снижение эластичности и упругости кожи, а также рубцы постакне и растяжки, однако глубина воздействия будет ограничена верхними слоями дермы (в случае лазеров глубина микротермальных лечебных зон может составлять больше 1 мм). И хотя плазменное омоложение несет меньший риск побочных эффектов и требует на восстановление меньше времени, эффективность аблятивных лазеров пока остается более высокой. Однако эти процедуры могут быть процедурами выбора у пациентов с темными типами кожи, поскольку для них существенно снижен риск поствоспалительной гиперпигментации.

Кроме того, технологии использования плазмы развиваются, и уже сейчас появляется все большее число перспективных устройств с новыми свойствами, которые позволяют им уйти от сравнения с «младшим братом» лазеров и занять отдельную нишу.

Современный рынок плазменных технологий

Количество новых устройств, использующих возможности плазмы, увеличивается с каждым годом. Появляются даже портативные приборы, позволяющие использовать энергию плазмы в салонных и домашних условиях. Однако нужно отметить, что в них установлены режимы воздействия, в которых нет возможности менять ни силу, ни глубину, ни время обработки, что вызывает вопросы в отношении их эффективности и безопасности.

В то же время разработчики профессиональных аппаратов, наоборот, сосредотачивают свои усилия на усовершенствовании устройств и создании более контролируемых технологий, позволяющих получать ожидаемые и стабильные результаты. Например, Neogen PSR (Energist, Великобритания) является прямым «наследником» Portrait PSR, в котором доработаны технологии подачи импульсов.

Появляются устройства, в которых реализованы последние научные достижения в сфере использования плазмы. Среди них стоит выделить устройство Plasma BT (Seoulin Medicare, Корея), которое уже представлено на российском рынке. Это аппарат нового поколения, использующий не только уже хорошо известные тепловые эффекты плазменного воздействия, но и недавно открытые свойства холодной плазмы.

Plasma BT оснащен двумя отдельными насадками, которые генерируют плазму с различными характеристиками и, следовательно, разным влиянием на кожу (рис. 9).

Plasma Surgical предназначен для термического воздействия, приводящего к сублимации ткани. Насадка позволяет поставлять плазму в виде одиночных импульсов или серии импульсов различной частоты, а также непрерывным потоком (рис. 10). При этом для каждого режима возможно изменить энергию, а следовательно — глубину и площадь воздействия.

Запатентованной разработкой Plasma BT является наличие специального направляющего фиксатора, который контролирует расстояние между иглой, испускающей плазму, и кожей (рис. 11). Это позволяет производить обработ-



Рис. 9. Аппарат Plasma BT

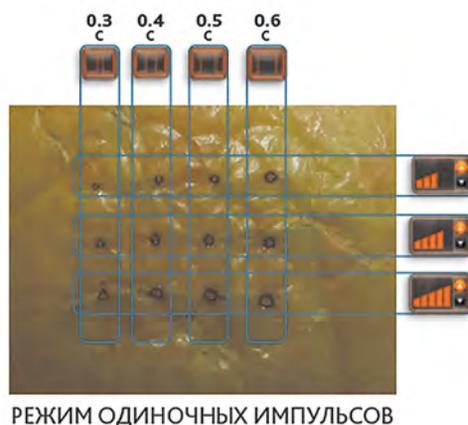


Рис. 10. Повреждения, генерируемые с помощью различных режимов насадки Plasma Surgical Plasma BT

ку с оптимальной дистанции (0,5 мм) и формировать однородные повреждения по всей поверхности кожи. Используется:

- для подтяжки кожи (в том числе для так называемой безоперационной блефаропластики) (рис. 12) [16];
- устранения морщин;
- удаления пигментных пятен;
- устранения рубцов;
- удаления образований на коже.

Plasma Poration (плазменный душ) генерирует холодную плазму, которая обладает антибактериальными и противовоспалительными свойствами, а также стимулирует обновление клеток кожи и компонентов внеклеточного матрикса. Кроме того, отдельной сферой применения является увеличение трансдермальной доставки активных ингредиентов в кожу без ее повреждения (рис. 13). Используется:

- для омоложение кожи;
- лечения акне;
- улучшения проникновения различных активных веществ в кожу.

Показательный пример эффективности использования плазменного душа для трансдермальной доставки активных веществ приводится в статье доктора Беатрис Молина (Beatriz Molina) — медицинского директора и владелицы клиник Medkcas (Великобритания), ведущего специалиста Galderma UK [17]. Она описывает случай нарушения



Рис. 11. Насадка Plasma Surgical Plasma BT с наконечником в виде иглы и иглой в специальном фиксаторе



Рис. 12. Пациентка, 42 года, до (слева) и через 3 нед (справа) после блефаропластики с использованием устройства Plasma BT (импульсный режим, 40 Гц, уровень 2). Уменьшение размеров кожной складки открыло верхнее веко на 25% на правом глазу и на 46% на левом глазу, вследствие чего произошло расширение глазной щели на 14% для обоих глаз. Никаких серьезных побочных эффектов не возникало, отек разрешился

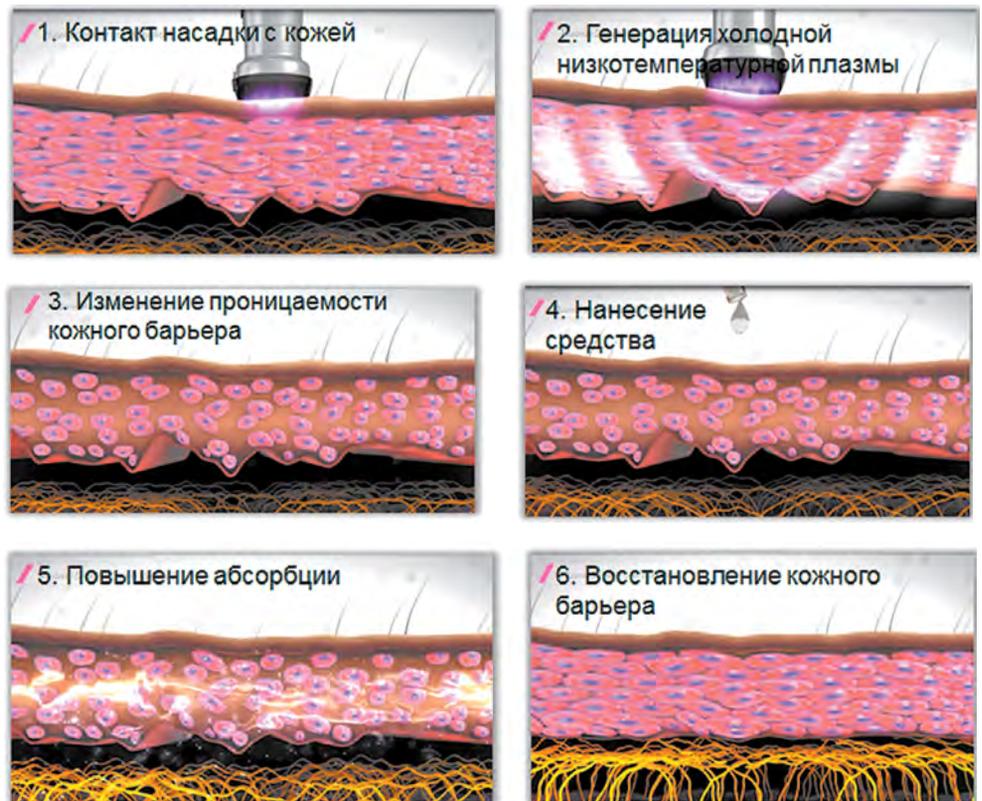


Рис. 13. Увеличение проницаемости кожного барьера с помощью плазменного душа

ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ СЕРЬЕЗНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПЛАЗМЕННЫХ АППАРАТОВ ОТ ПОРТАТИВНЫХ УСТРОЙСТВ ДЛЯ ДОМАШНЕГО И САЛОННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ КОНТРОЛЯ НАД ГЛУБИНОЙ И СТЕПЕНЬЮ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЖИ. ЭТО КРАЙНЕ ВАЖНЫЙ АСПЕКТ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ПОЛУЧАТЬ ПРОГНОЗИРУЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ И СНИЗИТЬ РИСК НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ.

кровообращения при нехирургической ринопластике после введения гиалуронового филлера в кончик носа. Поскольку инъекции гиалуронидазы были весьма болезненны для пациентки, доктор Молина использовала насадку Plasma Poration — 3 мин обработки кожи носа с последующим местным нанесением 1200 и 750 Ед гиалуронидазы в первые 2 дня после возникновения симптомов соответственно. На третий день насадка Plasma Poration была использована для трансдермального введения нативной высокомолекулярной гиалуроновой кислоты с целью биоревитализации, а затем проведена фототерапия в течение 30 мин с помощью прибора Dermalux. Всего было сделано 3 таких комплексных процедуры с интервалом 2 дня. Все нежелательные явления разрешились без каких-либо осложнений, что подтверждает эффективность использования плазменного душа для доставки в кожу крупных молекул (рис. 14).

Заключение

Интерес к плазменным технологиям растет — это подтверждает большое количество устройств, которые появляются на рынке в последние годы. Плазменное омоложение более мягкое, чем аблятивное лазерное, сопровождается меньшим числом нежелательных явлений и становится все более контролируемым. Дополнительным преимуществом является возможность

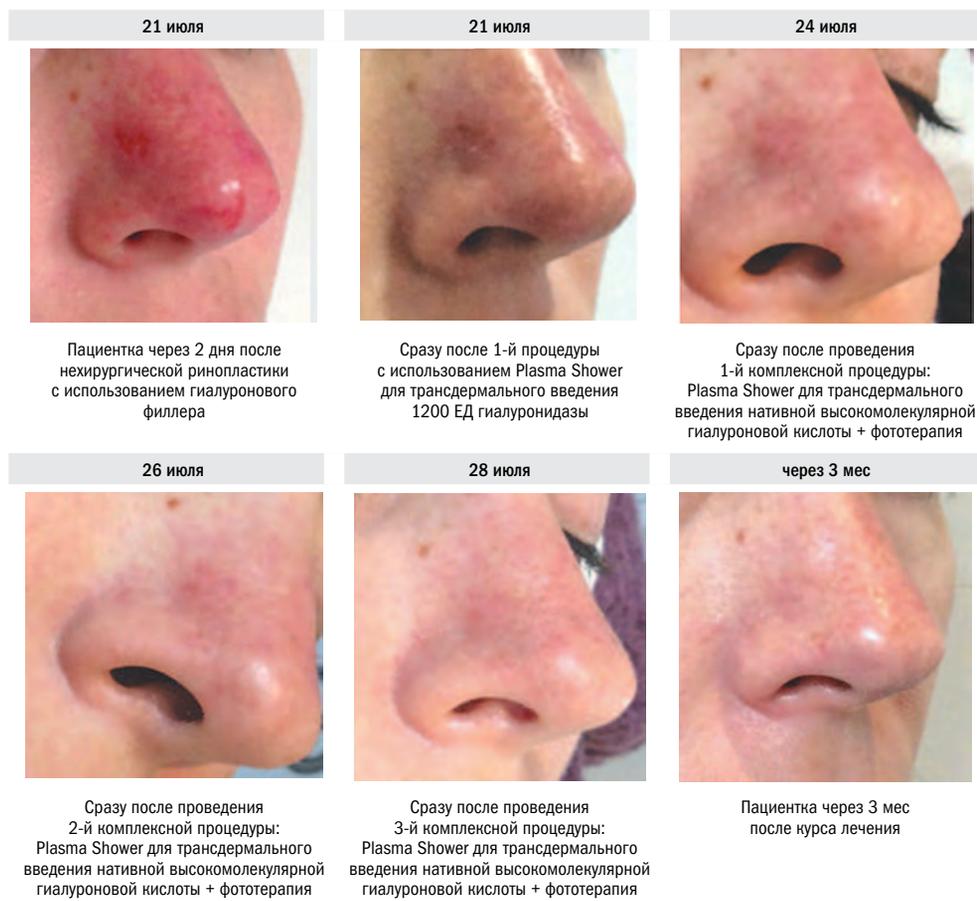


Рис. 14. Успешный опыт использования насадки Plasma Poration для трансдермального введения гиалуронидазы и нативной высокомолекулярной гиалуроновой кислоты

использовать плазму для обработки темных фототипов кожи. Кроме того, появились косметологические устройства, генерирующие холодную низкотемпературную плазму, что существенно расширяет перспективы использования плазменных технологий и позволяет предположить рост их популярности в будущем.

Литература

1. Encyclopedia Britannica, www.britannica.com
2. **Kong M.G., Kroesen G., Morfill G. et al.** Plasma medicine: an introductory review. *New J Phys* 2009; 11(115012); 1–35.
3. **Kos S., Blagus T., Cemazar M. et al.** Safety aspects of atmospheric pressure helium plasma jet operation on skin: In vivo study on mouse skin. *PLoS One* 2017; 12(4): e0174966.
4. **Tiede R., Hirschberg J., Daeschle G. et al.** Plasma Applications: A Dermatological View. *Contrib Plasma Phys* 2014; 54(2); 118–130.
5. **Isbary G., Heinlin J., Shimizu T. et al.** Successful and safe use of 2 min cold atmospheric argon plasma in chronic wounds: results of a randomized controlled trial. *Br J Dermatol* 2012; 167(2): 404–410.

6. **Lee O.J., Ju H.W., Khang G. et al.** An experimental burn wound-healing study of non-thermal atmospheric pressure microplasma jet arrays. *J Tissue Eng Regen Med* 2016; 10(4): 348–357.
7. **Choi J.H., Song Y.S., Song K. et al.** Skin renewal activity of non-thermal plasma through the activation of β -catenin in keratinocytes. *Sci Rep.* 2017 Jul 21; 7(1): 6146.
8. **Choi J.H., Lee H.W., Lee J.K. et al.** Low-temperature atmospheric plasma increases the expression of anti-aging genes of skin cells without causing cellular damages. *Arch Dermatol Res* 2013; 305(2): 133–140.
9. **Shimizu K., Hayashida K., Blajan M.** Novel method to improve transdermal drug delivery by atmospheric microplasma irradiation. *Biointerphases* 2015; 10(2): 029517.
10. **Graves D.B.** Mechanisms of Plasma Medicine: Coupling Plasma Physics, Biochemistry and Biology. *IEEE Transactions on Radiation and Plasma Medical Sciences* 2017; 1(4): 281–292.
11. **Foster K.W., Moy R.L., Fincher E.F.** Advances in plasma skin regeneration. *J Cosmet Dermatol.* 2008; 7(3): 169–179.
12. **Fitzpatrick R., Bernstein E., Iyer S. et al.** A histopathologic evaluation of the Plasma Skin Regeneration System (PSR) versus a standard carbon dioxide resurfacing laser in an animal model. *Lasers Surg Med* 2008; 40(2): 93–99.
13. **Holcomb J.D., Kent K.J., Rousso D.E.** Nitrogen plasma skin regeneration and aesthetic facial surgery: multicenter evaluation of concurrent treatment. *Arch Facial Plast Surg* 2009; 11(3): 184–193.
14. **Li X., Fang L., Huang L.** *In vivo* histological evaluation of fractional ablative microplasma radio frequency technology using a roller tip: an animal study. *Lasers Med Sci* 2015; 30(9): 2287–2294.
15. **Zhang Z., Fei Y., Chen X. et al.** Comparison of a fractional microplasma radio frequency technology and carbon dioxide fractional laser for the treatment of atrophic acne scars: a randomized split-face clinical study. *Dermatol Surg* 2013; 39(4): 559–566.
16. **Kaczyński K.J.** The use of plasma in non-surgical blepharoplasty — a case study. *Academy of Aesthetic and Anti-Aging Medicine* 2017; 3; 2–6.
17. **Molina B.** Case Study: Treating a NSR Complication. www.aestheticsjournal.com, 8 Dec 2017.

Лоран М.С.

Безоперационная блефаропластика у мужчин методом плазменной сублимации

В статье представлен клинический случай безоперационной блефаропластики и разглаживания морщин на лбу с помощью метода плазменной сублимации.

Ключевые слова: плазменная сублимация, безоперационная блефаропластика, безоперационный лифтинг бровей, нависшие веки, морщины на лбу

В результате возрастных изменений кожа век со временем становится дряблой и появляется избыток ткани, который невозможно убрать с помощью косметического ухода и мезотерапии. Хирургическая коррекция, по своей сути, «натягивает» кожу, но не меняет ее качество. Можно воспользоваться аппаратными методами — например лазерной шлифовкой, которая с большой долей вероятности улучшит качество кожи. Но этот подход довольно травматичный, болезненный и требует длительной реабилитации.

Хорошим выходом из данной ситуации является метод плазменной сублимации. С помощью насадки для сублимации на коже век формируются многочисленные точечные зоны повреждения. Они образуются при ударе плазменного разряда по поверхности кожи. В результате мгновенного высвобождения большого количества энергии в малом объеме все вещества (вода, органические и неорганические молекулы), находящиеся в месте удара, мгновенно испаряются, а стенки образовавшегося кратера карбонизируются. Это происходит так быстро, что тепло не успевает распространиться на прилежащие к кратеру ткани, поэтому нагрева не происходит, — в периорбитальной зоне, где кожа очень тонкая и кровеносные сосуды расположены близко к поверхности, это особенно важно.

Во время процедуры формируются мелкие серо-коричневые чешуйки, которые исчезают через несколько дней после процедуры.

Плазменную сублимацию можно использовать при лечении многочисленных эстетических проблем: акне, рубцы, дряблая кожа на лице, а также для выполнения блефаропластики и лифтинга бровей. Этот метод удовлетворяет требованиям, предъявляемым ко всем современным косметологическим процедурам:

- малоинвазивен;
- достаточно комфортен для пациента (используется только аппликационная анестезия);
- имеет малый период реабилитации.

Лоран Мария Сергеевна

Врач-дерматолог, врач-косметолог, клиника «Вирсавия», Москва



Рис. 1. Пациент X., 38 лет, состояние кожи при обращении

Мужчины являются особыми клиентами косметолога, поэтому одновременное соблюдение этих трех требований в их случае просто необходимо.

Клинический случай

К нам обратился пациент X. в возрасте 38 лет с жалобами на выраженные морщины в области лба и нависшие веки (**рис. 1**). Уточнение анамнеза и результаты клинического осмотра показали, что у мужчины имеется выраженное ухудшение качества кожи верхних век и деформационные изменения в данной области.

Во время консультации был тщательно собран анамнез, заполнена вся медицинская документация. Для коррекции имеющегося состояния был выбран метод плазменной сублимации. Мы посчитали, что он сможет максимально эффективно и безопасно устранить инволютивные изменения верхнего века и глубокие морщины на лбу.

Была проведена одна процедура безоперационной блефаропластики верхних век на аппарате Plasma BT (насадка для плазменной сублимации), коррекция морщин и рубца на лбу. Перед процедурой на кожу наносился аппликационный анестетик на 30 мин. Затем зона коррекции очищалась и обрабатывалась спиртосодержащими антисептиками.

Процедуру проводили с учетом возраста, пола и клинической картины на параметрах:

- уровень 2, режим «shot» — для век;
- уровень 2–3, режим «continuous» — для морщин на лбу.

По завершении процедуры на кожу наносился крем, обладающий противовоспалительным и заживляющим действием (Бепантен).

На **рис. 2** показаны результаты в разные периоды времени. В итоге кожа на верхних веках сократилась — мы получили лифтинг и свежий, отдохнувший вид лица.

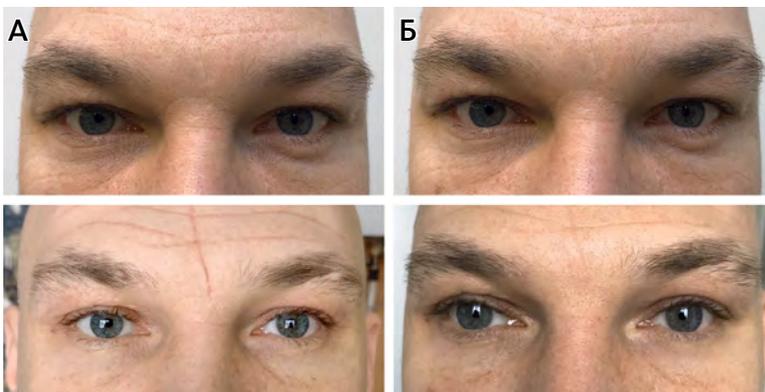


Рис. 2. Пациент X., 38 лет, через 1 нед (А) и через 1 мес (Б) после лечения (исходное состояние показано на верхних фото)

Заключение

Вышеописанную процедуру можно по праву назвать «золотым стандартом» безоперационной блефаропластики благодаря минимальному периоду реабилитации и стойкому, выраженному результату.

Ламеллярные сыворотки NANNIC: корнеотерапевтический подход к решению специфических косметологических задач

«Короля делает свита»

В косметическом средстве, как в театральной постановке, все роли распределены. В спектакле есть главные актеры, на которых, как правило, и «идет зритель», а есть актеры второго плана. Их имена тоже представлены в афише, но обычный зритель-«не театрал» особого внимания на них не обращает. Сам же спектакль он привычно оценивает с позиций «интересно»/«не интересно», не пытаясь анализировать, а что же, собственно, повлияло на восприятие. Режиссер же спектакля отлично знает: какой бы гениальной ни была игра главных героев, впечатление от постановки во многом определяет «фон», обрамляющий их выступление, а именно декорации и второстепенные герои.

Общеизвестное правило МХАТа: «Короля нельзя играть. Короля играют окружающие» — в полной мере применимо и к косметическому средству. Сами по себе «главные герои» косметической рецептуры — активные вещества — оказываются несостоятельными, если их окружение — компоненты основы — подобраны неправильно.

Косметические ингредиенты — активные и технические — должны действовать слаженно

В отличие от активных веществ, которые призваны оказывать определенное влияние на процессы, протекающие в коже, компоненты основы выполняют совсем иные, но не менее важные задачи.

Консерванты и антиоксиданты защищают продукт от порчи — предотвращают его микробиологическое загрязнение и окисление. Отдушки маскируют неприятный запах (к сожалению, нередко чистые сырьевые материалы пахнут не слишком приятно) и/или придают продукту привлекательный аромат. Сенсорные добавки и эмоленты улучшают распределение продукта по коже и его восприятие на ощупь. Эмульгаторы стабилизируют эмульсию и предотвращают ее расслоение на водную и масляную фазы. Энхансеры и трансдермальные носители облегчают прохождение активных веществ через роговой слой.

Производитель: NANNIC,
Бельгия

Эксклюзивный
дистрибьютор:
ООО «КИТ МЕД»

Адрес: г. Москва,
б-р Энтузиастов, д. 2

Тел.: +7 (495) 225-99-55.

E-mail: med@citmed.ru

Веб-сайт: www.nannicskin.ru

Вся продукция
сертифицирована.

Представьте себе, если бы этих «второстепенных героев» не было бы в составе продукта или если бы они не справлялись со своими задачами? Правильно, косметическое средство было бы непривлекательным в глазах потребителя и, возможно, даже потенциально опасным. Например, вещества, образовавшиеся при окислении или фотодеградации косметических ингредиентов, продукты метаболизма микроорганизмов могут вызывать раздражение и аллергическую реакцию. Эмульгаторы и энхансеры могут слишком сильно дезорганизовать липидный барьер рогового слоя и существенно повысить проницаемость кожи, делая ее более уязвимой. Отсутствие отдушки, равно как и ее слишком высокая концентрация, может не лучшим образом сказаться на потребительских свойствах продукта — вряд ли кому-то будет приятно использовать косметику с неприятным запахом или со слишком резким ароматом.

Получается, что все компоненты косметической рецептуры важны, и от того, насколько талантливо они справляются с возложенной на них миссией, зависит качество готового продукта, которое складывается из 1) объективных критериев (эффективность и безопасность) и 2) субъективного восприятия потребителем.

В поисках компромисса

Если вопрос эффективности технических добавок (в отличие от активных ингредиентов) не относится к их влиянию непосредственно на кожу, то вопрос безопасности связан именно с этим. В идеале технические добавки (за исключением энхансеров и трансдермальных носителей, которые «работают» на уровне рогового слоя, временно меняя его проницаемость) не должны никоим образом вмешиваться в физиологию кожи. Но в реальности добиться этого сложно: какими бы «инертными» по отношению к коже ни были отдушки, консерванты, эмульгаторы и проч., при прямом контакте с кожными структурами возможны химические реакции и/или физико-химические процессы, которые могут нарушить кожный гомеостаз и привести к возникновению нежелательных явлений.

Можно ли минимизировать риски, сохранив при этом функциональность технических добавок? Современная косметическая промышленность дает на это утвердительный ответ. И одно из красивых решений этой дилеммы — использование ламеллярных эмульсий.

Ламеллярные эмульсии — идеальная основа для косметического средства с лечебно-профилактической направленностью

Согласно определению, эмульсия — это дисперсная система, состоящая из микроскопических капель жидкости (дисперсной фазы), распределенных

в другой жидкости (дисперсной среде). Эмульсии могут быть образованы двумя любыми несмешивающимися жидкостями; в большинстве случаев одной из фаз эмульсий является вода, а другой — вещество, состоящее из слабополярных молекул (например, жидкие углеводороды, жиры).

Кроме двух несмешивающихся фаз третьим обязательным компонентом эмульсии является эмульгатор. Эмульгатор — соединение, имеющее сродство к обеим фазам, поэтому оно располагается на границе между ними (благодаря такому поведению их называют поверхностно-активными веществами, ПАВ). В эмульсиях слой эмульгатора покрывает капли дисперсной фазы, предотвращая их сближение и слияние. В отсутствие эмульгатора капли быстро бы слились, и произошло бы расслоение фаз. При попадании на кожу эмульгаторы легко проникают в межклеточные промежутки и встраиваются в липидные пласты, влияя на их физико-химические свойства. Очевидно, что чем выше концентрация эмульгатора и его поверхностная активность, тем сильнее будет его дезорганизирующее воздействие на липидный барьер. В случае здоровой кожи это может остаться незамеченным, но для кожи со слабыми барьерными свойствами (вследствие болезни, травмы, нерационального питания и проч.) подобный «подрыв» может оказаться критическим и вызвать раздражение. Если говорить в общем, то именно эмульгаторы чаще всего являются причиной нежелательных явлений, сопровождающих использование косметических эмульсий.

В ламеллярной эмульсии стабилизация происходит иначе. Капли дисперсной фазы окружены не одним слоем эмульгатора, а многими слоями (ламеллами), имеющими жидкокристаллическую структуру, аналогичную биологической мембране (рис. 1). Сама по себе ламеллярная эмульсия напоминает сеть, в которой «запутались» отдельные масляные капли: сеть их оплетает и крепко удерживает, не давая слиться (рис. 2). На формирование ламеллярных пластов идут преимущественно липиды, которые можно встретить в межклеточных липидных пластах рогового слоя — не случайно они очень похожи по своей структуре!

Оказавшись на поверхности кожи, липиды ламеллярной эмульсии встраиваются в межклеточные липидные пласты, но, поскольку их составы близки, на физико-химические свойства липидного барьера это слияние существенно не влияет. Более того, в случае ослабленного барьера такое внешнее «подкрепление» может оказаться весьма кстати. Это как раз тот удачный вариант, когда липиды в косметическом средстве

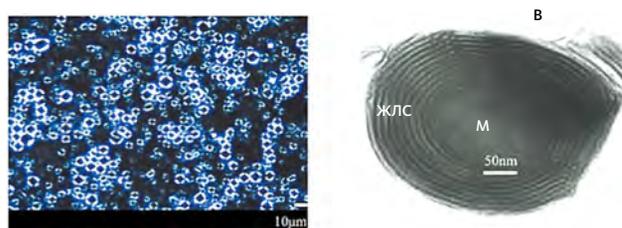


Рис. 1. Ламеллярная эмульсия: слева — фотография, сделанная с помощью поляризационной микроскопии, справа — снимок, сделанный трансмиссионным электронным микроскопом. Обозначения: В — вода, М — масло, ЖЛС — жидкокристаллическая ламеллярная сеть (липидные пласты)



Рис. 2. Схематичное изображение ламеллярной эмульсии: масляные капли, окруженные многослойными липидными пластами (ламеллярная сеть). Обозначения: В — вода, М — масло, ЖЛС — жидкокристаллическая ламеллярная сеть (липидные пласты)

одновременно выполняют функцию технической добавки и активного ингредиента, восстанавливая (а не нарушая, как большинство традиционных эмульгаторов) и укрепляя барьерную функцию кожи.

Иными словами, даже «пустые» ламеллярные эмульсии с ценным липидным составом сами по себе — отличные корнеотерапевтические средства, с помощью которых можно поддерживать кожный барьер в хорошем состоянии. А если еще и «нагрузить» ламеллярные эмульсии активными веществами, то получится средство, способное решать по меньшей мере две задачи:

- 1) **специфическое воздействие**, связанное со свойствами активного ингредиента;
- 2) **неспецифическое корнеотерапевтическое действие**, связанное с присутствием в рецептуре липидов, входящих в состав ламеллярных структур липидного барьера рогового слоя.

А поскольку многие косметологические проблемы сопровождаются нарушением барьерной функции кожи, то такое двойное решение будет очень эффективным.

Ламеллярные сыворотки NANNIC

Бельгийская компания NANNIC, основанная в 2001 г., с самого начала своей деятельности придерживается стратегии активного внедрения инноваций в производство косметических средств и физиотерапевтического оборудования. Такой подход позволил компании быстро выйти в лидеры и завоевать авторитет среди специалистов и потребителей.

Среди косметических средств выделяется серия профессиональных сывороток NANNIC NBE на ламеллярных эмульсиях, предназначенных для решения наиболее распространенных косметологических задач. Сыворотки можно интегрировать в профессиональную процедуру (в том числе, с использованием аппаратных методов), а также применять в домашних условиях для поддержания результата.

Приводим краткое описание сывороток. В составе представлены липиды с корнеотерапевтическим действием и активные вещества со специфическими свойствами (выделены полужирным шрифтом).

NANNIC NBE CELLULITE

Сыворотка против целлюлита

В составе: **масло корневища куркумы**, **масло из листьев корицы**, сквалан, **масло корня имбиря**, оливковое масло (неомыляемая фракция), масло канолы, масло семян конопли, гидрогенизированный лецитин, масло ши, **церамид-3**.

Косметическое действие: активизирует липолиз, улучшает микроциркуляцию и дренаж, оказывает противовоспалительный эффект.

NANNIC NBE COUPEROSE

Сыворотка против купероза

В составе: сквалан, оливковое масло (неомыляемая фракция), масло кано-лы, масло семян конопли, гидрогенизированный лецитин, масло ши, **масло семян кунжута, масло зародышей пшеницы, церамид-3, экстракт бурой водоросли аскофиллум, экстракт красной водоросли аспарагопсис, экс-тракт камелии, экстракт хризантемы.**

Косметическое действие: эффективно восстанавливает липидный барьер и гидролипидную мантию кожи, смягчает кожу, снимает раздражение и зуд, придает коже ощущение свежести, укрепляет капиллярную стенку.

NANNIC NBE FAT REDUCTION

Сыворотка для коррекции локальных жировых отложений

В составе: сквалан, оливковое масло (неомыляемая фракция), масло кано-лы, масло семян конопли, гидрогенизированный лецитин, масло ши, **экстракт семян киноа, церамид-3.**

Косметическое действие: стимулирует липолиз и улучшает дренаж кожной ткани, укрепляет кожу при быстром снижении веса.

NANNIC NBE FLACCID SKIN

Сыворотка против дряблости кожи

В составе: сквалан, оливковое масло (неомыляемая фракция), масло кано-лы, масло семян конопли, гидрогенизированный лецитин, масло ши, цера-мид-3, **салициловая кислота, изофлавоны сои.**

Косметическое действие: стимулирует клеточное обновление эпидермиса, активизирует синтез фибробластами межклеточных компонентов дермы, тем самым способствуя реструктурированию кожной ткани и улучшению ее внеш-него вида и биомеханических свойств.

NANNIC NBE IMPURE SKIN

Сыворотка для профилактики и коррекции акне

В составе: сквалан, оливковое масло (неомыляемая фракция), масло кано-лы, масло семян конопли, гидрогенизированный лецитин, масло ши, **гидроли-зат коллагена и эластина, экстракт огурца, экстракт ромашки, экстракт красной водоросли аспарагопсис, экстракт мыльнянки, экстракт из ли-стьяев алоэ, экстракт хмеля, эфирное масло лаванды, экстракт бурой во-доросли аскофиллум, церамид-3, гликозаминогликаны.**

Косметическое действие: эффективно восстанавливает водоудерживаю-щую способность рогового слоя и нормализует уровень его гидратации, сни-мает раздражение и воспаление, улучшает дыхательные и обменные процессы в коже, нормализует активность сальных желез.

NANNIC NBE LIFTING

Сыворотка для лифтинга кожи

В составе: сквалан, оливковое масло (неомыляемая фракция), масло канолы, масло семян конопли, гидрогенизированный лецитин, масло ши, **экстракт семян гибискуса, экстракт красной водоросли аспарагопис, керамид-3, гликозаминогликаны, экстракт бурой водоросли аскофиллум, тетрапептид-3.**

Косметическое действие: эффективно смягчает кожу и восстанавливает водный баланс рогового слоя, расслабляет мимические мышцы благодаря ингредиентам с миорелаксирующей активностью, осуществляет мгновенную подтяжку благодаря высокомолекулярным полимерам, стимулирует ремоделирование кожной ткани, корректирует овал лица и разглаживает микрорельеф кожи.

NANNIC NBE STRIAE

Сыворотка против растяжек

В составе: сквалан, оливковое масло (неомыляемая фракция), масло канолы, масло семян конопли, гидрогенизированный лецитин, масло ши, **салициловая кислота, керамид-3.**

Косметическое действие: смягчает кожу, повышает ее пластичность, убирает застойные явления и активизирует обмен веществ, стимулирует обновление клеточного состава.



При проведении процедуры в салоне нанесение сывороток сочетают с физиотерапевтическим воздействием. Для этого специально разработан аппарат NANNIC PROF NBE500 — биполярный генератор радиочастотных волн, в разы повышающий эффективность сывороток. Электромагнитная диатермическая энергия нагревает кожную ткань, улучшая диффузию активных ингредиентов и повышая таким образом их биодоступность.

Трансдермальные технологии NANNIC в борьбе за качество кожи

Вступление

Разработка трансдермальных методов доставки активных компонентов — один из трендов, определяющих развитие медицинских технологий на нынешнем этапе. Успехи на этой ниве очевидны, однако большое разнообразие трансдермальных систем свидетельствует не только о научных достижениях, но и о том, что универсального метода до сих пор нет и что его поиски продолжаются.

История развития трансдермальных методов неразрывно связана с историей изучения проницаемости кожи. В середине 90-х гг. прошлого века американским ученым и врачом Альбертом Клигманом была сформулирована теория эпидермального барьера, согласно которой основные барьерные структуры кожи сосредоточены в ее роговом слое. Роговой слой должен быть надежным, иначе организм не сможет поддерживать свой гомеостаз и изолированность от окружающей среды и быстро погибнет. Но в этой безусловно необходимой непроницаемости рогового слоя есть один минус, который становится значимым тогда, когда речь идет о целевой доставке лекарственных веществ в организм.

До сих пор наиболее эффективным способом преодоления рогового слоя остается инъекция, суть которой заключается в точечном механическом разрушении рогового слоя с помощью иглы с целью введения препарата в конкретное место внутри кожи или под кожной тканью. Но инъекционный способ не идеален и имеет свои ограничения. В частности, когда речь идет о «работе» с кожей на определенном участке тела, доставку биологически активных веществ необходимо осуществить, во-первых, сразу на большой площади, во-вторых, равномерно по всей глубине, в-третьих, как можно быстрее. Именно с такой ситуацией сталкиваются косметологи при коррекции симптомов естественного старения и фотоповреждения кожи.

Производитель: NANNIC,
Бельгия

Эксклюзивный
дистрибьютор:
ООО «КИТ МЕД»

Адрес: г. Москва,
б-р Энтузиастов, д. 2
Тел.: +7 (495) 225-99-55.

E-mail: med@citmed.ru
Веб-сайт: www.nannicskin.ru

Вся продукция
сертифицирована.



Бельгийская компания NANNIC предложила свой вариант решения данной задачи, разработав систему трансдермальной доставки, состоящую из двух обязательных элементов:

- 1) аппарат для повышения проницаемости рогового слоя и стимуляции репаративных процессов;
- 2) набор специальных высококонцентрированных активных сывороток для работы с широким спектром эстетических недостатков кожи.

Аппарат NBE Deep Skin: не только вспомогательное средство, но и активный участник эстетической процедуры

Аппарат NBE Deep Skin сочетает в себе два способа механического воздействия на рогового слоя (см. таблицу):

- 1) **механическая микродермабразия (аппликатор ABLATOR)** — равномерная поверхностная эксфолиация и выравнивание рогового слоя;
- 2) **микронидлинг (аппликатор INFUSER)** — фракционная перфорация рогового слоя с целью формирования временных «коридоров» (пор) для быстрого прохождения биологически активных веществ и активной стимуляции процессов репарации кожной ткани.

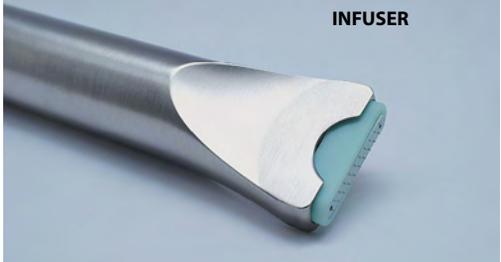
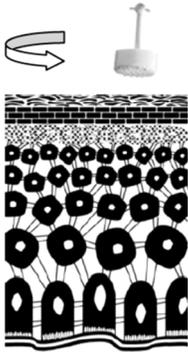
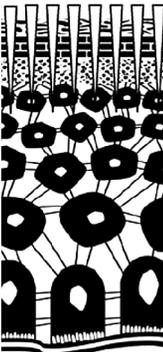
Контролируемое повреждение рогового слоя, осуществляемое с помощью аппарата, с одной стороны, повышает проницаемость рогового слоя и облегчает трансдермальное прохождение активных веществ, а с другой, напрямую стимулирует репаративные процессы в коже, способствуя ее структурному обновлению.

Активные сыворотки NBE Deep Skin

Все пять **сывороток NBE Deep Skin** имеют одинаковую двухфазную основу. Масляная фаза основы состоит из фосфолипидов растительного происхождения (из бобов сои, рапса, семян подсолнечника). Благодаря частичной гидрогенизации фосфолипиды приобретают устойчивость к окислению, что важно как для защиты самого препарата от прогоркания, так и для предотвращения окислительного стресса в роговом слое во время проведения процедуры. Кроме того, липиды представляют собой ценный строительный материал, необходимый для восстановления межклеточных барьерных структур рогового слоя, которые были механически повреждены с целью временного повышения их проницаемости для активных веществ.

Сыворотки NBE Deep Skin отличаются по композиции активных ингредиентов, подобранной в соответствии с поставленной перед препаратом косметологической задачей.

Таблица. Характеристика методов механического воздействия на роговой слой аппарата NBE Deep Skin

Метод	Механическая микродермабразия		Микронидлинг	
<p>Аппликатор</p>	 <p style="text-align: center;">ABLATOR</p>		 <p style="text-align: center;">INFUSER</p>	
<p>Механизм действия и характеристики аппликатора</p>	 <p>«Шлифовка» поверхности кожи путем вращения насадки с шероховатой поверхностью.</p>  <p>Скорость вращения:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ минимальная: 4760 об./мин ■ максимальная: 6400 об./мин 	 <p>Перфорация кожи путем сильного и быстрого надавливания на поверхность кожи наконечника с иглами.</p>  <p>Одноразовый процедурный наконечник имеет 20 игл. Длина иглы — 0,5 мм. Режимы работы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ минимальный: 2600 перфораций/мин ■ средний: 2300 перфораций/мин ■ высокий: 3800 перфораций/мин 		
<p>Результат</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Устранение поверхностных морщин, разглаживание микрорельефа ■ Выравнивание различных неровностей кожи, в том числе рубцовых ■ Стимуляция обновления клеточного состава эпидермиса и рогового слоя ■ Очищение пор от себума и других загрязнений ■ Выравнивание тона кожи и ее осветление ■ Истончение рогового слоя и повышение его проницаемости 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Коррекция рубцов (в том числе постакне) и стрий ■ Коррекция симптомов фотостарения ■ Выравнивание микрорельефа ■ Выравнивание тона кожи ■ Коррекция поверхностных морщин ■ Стимуляция обновления дермального матрикса, укрепление кожной ткани, повышение ее механической прочности 	
<p>Особенности проведения процедуры</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Имеется два варианта работы с аппликатором: <ol style="list-style-type: none"> 1) «мягкий» — движения должны быть быстрые и короткие; 2) «глубокий» — движения плавные, зона коррекции обрабатывается линия за линией ■ Во время процедуры для более равномерного воздействия зону обработки необходимо растягивать и придерживать двумя пальцами ■ Аппликатор необходимо держать перпендикулярно к поверхности кожи ■ Оптимальный результат достигается при сочетании микродермабразии и пилинг-маски NANNIC с экстрактом коры серебристой ивы ■ Предназначен для проведения процедур на лице, однако можно использовать для лечения рубцов на теле 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Аппликатор необходимо держать перпендикулярно к поверхности кожи ■ Во время процедуры для более равномерного воздействия зону обработки необходимо растягивать и придерживать двумя пальцами ■ Можно использовать на большой площади (лицо, шея, область декольте) 	

DS HYALURONIC WRINKLE FILLER ГИАЛУРОНОВАЯ СЫВОРОТКА С ЭФФЕКТОМ ФИЛЛЕРА ДЛЯ РАЗГЛАЖИВАНИЯ КОЖИ

Активные компоненты и их действие:

- *Гиалуроновая кислота в комплексе с силанолом.* Силанол облегчает прохождение низкомолекулярной (ок. 500 кДа) гиалуроновой кислоты в роговой слой. Гиалуроновая кислота, будучи высокогигроскопичным веществом, связывает воду и таким образом оказывает увлажняющее и смягчающее действие.
- *Глюкуроновая кислота в сочетании с трипептидом.* Это одноосновная органическая кислота, относящаяся к группе уоновых кислот. Ее получают путем ферментации бактерий *Pseudoalteromonas*, обитающих в Антарктике. Глюкуроновая кислота содержится в небольших количествах в организме человека, где образуется при окислении D-глюкозы. Глюкуроновая кислота обладает детоксифицирующим эффектом — благодаря своей способности переводить токсины в растворимую форму, она облегчает их последующий вывод из организма с мочой. Глюкуроновая кислота присутствует во внеклеточном матриксе кожи и идет на синтез гиалуроновой кислоты. Попав в роговой слой из косметической сыворотки, экзогенная глюкуроновая кислота в сочетании с трипептидом (глицин, гистидин и лизин) может действовать аналогично компонентам натурального увлажняющего фактора, внося свою лепту в поддержание водного баланса рогового слоя.
- *Гиалуроновые микросферы.* Гиалуроновые сферические частицы достаточно большие и не проходят сквозь роговой слой, зато они заполняют морщины и любые неровности кожи. В присутствии воды происходит их набухание, что приводит к эффективному разглаживанию кожного микрорельефа. Кроме того, они формируют на поверхности кожи влагоудерживающее покрытие, что особенно важно для поврежденного в результате механического воздействия кожного барьера.

Косметический результат: визуальное выравнивание поверхности кожи, улучшение ее оптических характеристик и текстуры, увлажнение и смягчение.

DS HYPERPIGMENTATION СЫВОРОТКА ДЛЯ ОСВЕТЛЕНИЯ ПИГМЕНТНЫХ ПЯТЕН

Активные компоненты и их действие:

- *Меланостатин.* Меланостатин ингибирует передачу гормонального сигнала меланокортиновому рецептору 1-го типа (MC1R), таким образом меланоцит перестает получать команды к синтезу дополнительной порции меланина, и процесс меланогенеза в гиперпигментированной зоне выходит на нормальный уровень.
- *Экстракт щавеля.* Экстракт дикорастущего щавеля, произрастающего в Канаде, тормозит активность фермента тирозиназы в меланоцитах. В отличие

от гидрохинона и арбутина, экстракт не проявляет цитотоксических свойств и мягко восстанавливает синтетическую активность меланоцитов.

- *Экстракт семян джекфрута (индийское хлебное дерево).* Нормализует распределение меланина в эпидермисе и не допускает попадания пигмента в дермальный слой, ингибируя его фагоцитоз дермальными макрофагами.

Косметический результат: осветление и выравнивание общего тона кожи.

DS ANTI-AGEING

СЫВОРОТКА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ СИМПТОМОВ СТАРЕНИЯ КОЖИ

Активные компоненты и их действие:

- *Гиалуроновая кислота в комплексе с силанолом.* Силанол облегчает прохождение низкомолекулярной (ок. 500 кДа) гиалуроновой кислоты в роговой слой. Гиалуроновая кислота, будучи высокогигроскопичным веществом, связывает воду и таким образом оказывает увлажняющее и смягчающее действие.
- *Глюкуроновая кислота в комплексе с протеинами сои и трипептидом.* Помимо увлажняющего и детоксифицирующего действия (см. Гиалуроновая сыворотка с эффектом филлера), весь комплекс способствует повышению качества дермального матрикса благодаря улучшению структурной организации коллагеновых волокон и ингибированию матриксных металлопротеиназ.
- *Октапептид-3.* Данный синтетический пептид (acetyl-Glu-Glu-Met-Gln-Arg-Ala-Asp-NH₂) ингибирует передачу сигнала от нейрона к мышечному волокну, способствуя расслаблению мимических мышц и разглаживанию динамических морщин.

Косметический результат: улучшаются эластичность кожи и ее текстура, уменьшается выраженность морщин.

DS COUPEROSIS

СЫВОРОТКА С АНТИКУПЕРОЗНЫМ ДЕЙСТВИЕМ

Активные компоненты и их действие:

- *Гидроксипролин в комплексе с силанолом.* Гидроксипролин — один из важнейших компонентов коллагеновых волокон, необходимый для формирования и стабилизации тройной спирали. Силанол улучшает прохождение пролина через роговой слой и его доставку в глубокие слои кожи, где он включается в метаболизм и идет на постороение коллагеновых структур, в том числе для стенок сосудов.
- *Экстракт семян кинои (лебеда).* Избыточное «разветвление» капиллярной сети начинается в тех участках, где наблюдаются застойные явления и нарушен газообмен в клетках. Это компенсаторная реакция, направленная

на улучшение снабжения клеток кислородом. Экстракт кинои ингибирует активность матриксной металлопротеиназы-9 (ММР-9), которая является одним из участников процесса неангиогенеза и влияет на проницаемость сосудистой стенки. Улучшение функционирования капилляров благотворно сказывается на газообмене в тканях и тормозит разрастание капиллярной сети. На этом фоне происходит также нормализация работы эластазы — фермента внеклеточного матрикса, разрушающего эластиновые волокна. Это положительно влияет на структуру дермального матрикса и предупреждает преждевременное появление морщин.

- *Тетрапептид с противовоспалительным действием.* Снижает выработку ИЛ-6, являющегося провоспалительным медиатором, и ИЛ-8, активизирующего неоваскуляризацию.

Косметическое действие: уменьшается выраженность капиллярной сети, снижается воспаление и отечность, предотвращается развитие поствоспалительной пигментации.

DS SCARS

РЕМОДЕЛИРУЮЩАЯ СЫВОРОТКА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ РУБЦОВ И СТРИЙ

Активные компоненты и их действие:

- *Фосфатидилхолин (в ламеллярных структурах).* Фосфатидилхолин — не только важнейший компонент клеточных мембран, но и ценный субстрат, из которого клетки синтезируют важные соединения. В частности, при гидролизе фосфатидилхолина высвобождаются жирные кислоты, которые идут на построение межклеточных липидных пластов рогового слоя.
- *Масло конопли.* Влияет на вязкость липидных пластов рогового слоя, повышает их текучесть, тем самым облегчая трансдермальный транспорт гидроксипролина.
- *Гидроксипролин в комплексе с силанолом.* Гидроксипролин — один из важнейших компонентов коллагеновых волокон, необходимый для формирования и стабилизации тройной спирали. Силанол улучшает прохождение пролина через роговой слой и его доставку в глубокие слои кожи, где он включается в метаболизм и идет на построение коллагеновых структур, в том числе для стенок сосудов.

Косметическое действие: улучшается текстура кожи, рубцы и стрии становятся менее выраженными и более мягкими на ощупь.

Флегонтова Е.А.

Nannic: научный подход к терапии алопеции

Патологическое выпадение волос, алопеция, сложно поддается коррективке — во многом из-за многофакторного характера нарушений. Одобренные для терапии алопеции медикаментозные препараты зачастую недостаточно эффективны и сопряжены с рядом нежелательных явлений. Дополнением к традиционной терапии или ее альтернативой могут послужить средства растительного происхождения. В статье рассмотрено научно обоснованное применение натуральных уходовых средств для коррекции алопеции.

Ключевые слова: алопеция, выпадение волос, Nannic

Волосы — очень важный и весьма сложно устроенный микроорган. Они наглядно отражают личные генетические особенности человека, состояние его здоровья и требуют постоянного внимания и ухода.

По данным Европейских трихологов, около 40% людей в возрасте до 40 лет страдают от алопеции — патологического выпадения волос, приводящего к их частичному или полному исчезновению в определенных областях головы или туловища. Процесс носит хронический характер и сопряжен со структурными изменениями волосяных фолликулов и нарушением их циклического развития, что обусловлено множеством различных факторов, включая генетическую предрасположенность, аутоиммунные и гормональные нарушения, дефицит витаминов и минералов [1, 2]. Курение, злоупотребление алкоголем и стресс также могут послужить отягчающими факторами, однако патогенез алопеции полностью не установлен [3].

Цикл роста волос состоит из трех фаз:

- фазы анагена — периода, в течение которого клетки размножаются и волосы растут;
- фазы катагена — периода регресса;
- фазы телогена, в которой волосы выпадают (**рис. 1**) [4, 5].

Однако при алопеции фаза анагена укорачивается, и волосы преждевременно переходят в фазу катагена. Это продлевает переход от фазы телогена к фазе анагена.

**Флегонтова
Елена Александровна**

К.м.н., дерматокосметолог,
физиотерапевт, генетический
консультант, руководитель
обучающих программ
в ООО «КИТ МЕД»,
международный тренер
INMODE

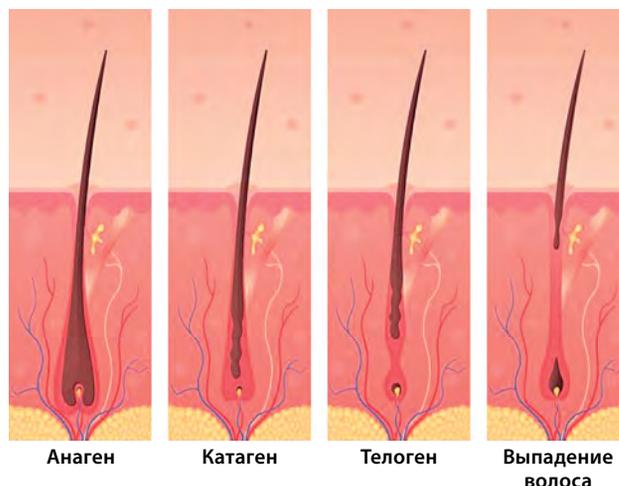


Рис. 1. Фазы роста волос [4]

В патогенезе алопеции задействованы различные сигнальные пути. Их влияние на рост волоса приведено в **табл. 1**.

Таблица 1. Факторы и сигнальные пути, задействованные в патогенезе алопеции

Фактор / сигнальный путь	Роль в патогенезе алопеции
Молекулярный сигнальный путь Wnt, регулирующий эмбриогенез и дифференцировку клеток	Путь Wnt играет ключевую роль в регенерации клеток дермальных сосочков волосяного фолликула. Следовательно, активация этого пути может укрепить волосяной фолликул [7]. Кроме того, он поддерживает индуктивную активность волос
FGF-7 (фактор роста фибробластов 7)	Играет важную роль в процессе восстановления тканей, способствует наступлению и пролонгации фазы анагена
Сигнальный путь ERK — один из ключевых и наиболее хорошо изученных сигнальных путей митоген-активированной протеинкиназы (mitogen-activated protein kinase; MAPK)	Связан с митогенезом и пролиферацией клеток волосяного фолликула [8]
HGF (фактор роста гепатоцитов)	Незаменим для развития, роста и здорового клеточного цикла волосяных фолликулов. HGF действует как митоген и стимулирует кератиноциты, меланоциты и многие другие эпителиальные клетки [8]. HGF необходим для активации фазы анагена и продлевает эту фазу, а также стимулирует синтез ДНК и рост волос
Сигнальный путь Akt	Сигнальный путь протеинкиназы Akt обеспечивает выживание клеток путем ингибирования апоптоза [9]
KGF (фактор роста кератиноцитов)	Пролонгирует фазу анагена, контролирует пролиферацию и дифференцировку клеток волосяного фолликула посредством паракринных механизмов [10]. KGF также предотвращает гибель клеток, вызванную ультрафиолетовым облучением и химиотерапевтическими или цитотоксическими агентами, что может быть полезно при алопеции, вызванной химиотерапией [11]
PAK-1 (p21-активированная киназа 1)	Этот фактор задействован в патогенезе многих заболеваний, таких как рак или выпадение волос. Следовательно, подавление PAK-1 может способствовать росту волосяных фолликулов [12]
NT-4 (нейротрофин 4)	Секретируется, начиная с поздней стадии фазы анагена, способствуя переходу в фазу катагена. Транскрипция NT-4 индуцируется андрогенами. При супрессии NT-4 наблюдается заметное замедление наступления катагена
TGF-β (трансформирующий фактор роста β)	TGF-β подавляет рост волос за счет индукции фазы катагена и перехода от фазы катагена к фазе телогена. Это многофункциональный цитокин, который секретируется макрофагами и другими клетками; он разрушает ДНК и запускает апоптоз в клетках. Кроме того, TGF-β принимает участие в индукции фиброза и кальцификации. Следовательно, чтобы предотвратить выпадение волос, необходимо снизить уровень TGF [13]
Соотношение антиапоптотического фактора Bcl-2 и проапоптотического белка Bax (Bcl-2/Bax)	Отношение Bcl-2/Bax играет ключевую роль в индукции апоптоза и снижается во время фазы катагена по сравнению с фазой анагена [14]. Следовательно, увеличение соотношения Bcl-2/Bax важно для остановки перехода от фазы анагена к фазе катагена
Фермент каспаза-3	Семейство каспаз играет ключевую роль в апоптозе, причем каспаза-3 ответственна за передачу сигналов апоптоза; таким образом, активация каспазы-3 важна для того, чтобы вызывать фрагментацию ДНК и апоптотические структурные изменения [14]
Рецептор Fas — рецептор смерти, расположенный на поверхности клеток, активация которого приводит к запрограммированной гибели клеток (апоптозу)	Fas опосредует внешний путь апоптоза и ускоряет фазу катагена за счет активации семейства каспаз. Ингибирование p53 дезактивирует Fas и блокирует внешний путь [15]

Фактор / сигнальный путь	Роль в патогенезе алопеции
BDNF (нейротрофический фактор мозга); p53 — фактор, который запускает остановку клеточного цикла и репликации ДНК, при сильном стрессовом сигнале — апоптоз; p75 — рецептор фактора роста нервов, может способствовать апоптозу клетки	BDNF, p53 и p75 индуцируют фазу катагена, а BDNF индуцирует переход между фазами анагена и катагена путем активации TGF-β. Он также способствует катагеновой фазе за счет связывания с TrkB. Рецептор нейротрофина p75 (p75NTR) связывается с фактором роста нервов и контролирует регресс волосяного фолликула, вызванный апоптозом [16]
VEGF (фактор роста эндотелия сосудов)	VEGF участвует в формировании кровеносных сосудов вокруг волосяных фолликулов, а также напрямую стимулирует пролиферацию клеток дермальных сосочков. Избыточный синтез внеклеточного матрикса происходит при андрогенетической алопеции, которая вызывает фиброз и дефицит кислорода и питательных веществ. VEGF может облегчить эти состояния, увеличивая кровоток, и ускоряет фазу анагена за счет модуляции роста сосочков фолликулов. Регулирование VEGF может помочь предотвратить аномальное образование кровеносных сосудов [17]. VEGF способствует росту волос в результате ангиогенеза
Окислительный стресс	Окислительный стресс может вызвать воспаление и в конечном итоге выпадение волос. Следовательно, борьба с окислительным стрессом важна для роста волос [18]
5α-редуктаза и дигидротестостерон (ДГТ)	5α-редуктаза и ДГТ являются важными звеньями патогенеза андрогенетической алопеции. 5α-редуктаза — фермент, индуцирующий превращение тестостерона в ДГТ. Следовательно, при ингибировании 5α-редуктазы происходит удлинение фазы анагена и увеличение фолликула, что предотвращает миниатюризацию фолликулов. ДГТ обладает сильным сродством к рецептору андрогенов и вызывает апоптоз в клетках волосяных фолликулов за счет стимуляции транскрипции TGF-β1, 2 и DKK-1 [19]
Хроническое воспаление	Воспаление усугубляет выпадение волос, в основном за счет преждевременной индукции фазы телогена из фазы анагена. Однако более значительный вклад в воспаление вносит активация андрогенных рецепторов, приводящая к усилению секреции себума — питательного субстрата для липофильных организмов, что способствует увеличению их численности. Именно чрезмерный рост микроорганизмов, таких как <i>Propionibacterium acnes</i> или <i>Demodex</i> , вызывает иммунный ответ, который приводит к хроническому воспалению [20]. Андрогены, микроорганизмы и воспаление создают петлю обратной связи при андрогенетической алопеции. Поэтому так важно держать хроническое воспаление под контролем. Многие цитокины стимулируют воспаление и вызывают алопецию. ФНО-α способствует апоптозу клеток волосяных фолликулов, что позволяет рассматривать его в качестве основного фактора, вызывающего гнездную алопецию [10, 17]. Как ИЛ-1α, так и ФНО-α вызывают вакуолизацию клеток матрикса и аномальную кератинизацию. Цитокин ИЛ-6 ускоряет фазу катагена за счет ингибирования удлинения стержня волоса и пролиферации клеток матрикса [21]. NF-κB также считают одним из основных виновников алопеции. NFκB перемещается в ядро и разрушает κB-α в цитоплазме

В вопросе терапии алопеции по-прежнему остается много пробелов — традиционные медикаментозные подходы недостаточно эффективны и безопасны, а также не могут обеспечить длительную ремиссию заболевания. На сегодняшний день миноксидил и финастерид являются единственными лекарственными средствами, одобренными FDA для терапии алопеции [1]. Несмотря на наличие клинического эффекта, их применение имеет свои подводные камни в виде нежелательных явлений, таких как сухость и раздражение кожи головы при применении миноксидила и депрессия, суицидальные мысли, эректильная дисфункция при использовании финастерида [5]. Это создает почву для поиска иных подходов к терапии алопеции.

Роль топических средств растительного происхождения в терапии алопеции

Экстракты растений являются частым компонентом косметических средств, предназначенных для улучшения роста и питания волос. Тем не менее механизмы их действия долгое время оставались малоизученными. Расширение научных методов исследования дает вторую жизнь применению лекарственных растений и позволяет более глубоко рассмотреть и оценить их роль в терапии различных заболеваний.

Cho E.I. и соавт. осуществили обзорное исследование, нацеленное на изучение механизмов реализации биологических эффектов различных растений и их компонентов на каждой стадии цикла роста волоса [1]. Для обзора авторы выбрали 73 научные публикации исследований, из которых 42 исследования были посвящены лекарственным растениям, 15 — входящим в их состав отдельным веществам-компонентам и 16 — лекарственным растениям и веществам (табл. 2). В 52 исследованиях использовалась модель *in vivo*, в 42 исследованиях — *in vitro*, а в двух — *ex vivo*. Относительно форм алопеции, 21 исследование было посвящено терапии андрогенетической алопеции, 3 — гнездной алопеции и 49 исследований касались общей патофизиологии алопеции.

Многие лекарственные растения и входящие в их состав вещества способствуют продлению фазы анагена, предотвращают переход от фазы анагена к фазе катагена или способствуют переходу от телогеновой фазы к фазе анагена. Они также способствуют росту волос, вызывая пролиферацию кератиноцитов, подавляя апоптоз, активируя ангиогенез и подавляя дигидротестостерон и воспаление.

Пути, посредством которых лекарственные растения и входящие в их состав вещества способствуют восстановлению роста волос, обобщены на рис. 2.

В рамках терапии алопеции травы и входящие в их состав соединения могут быть более эффективными, чем миноксидил или финастерид, поскольку они позволяют воздействовать сразу на несколько мишеней — нельзя быть уверенным, что блокирование только одного белка или фермента значительно улучшит рост волос [22]. (Миноксидил — производное пиримидина, активатора АТФ-зависимых калиевых каналов, обладающего сосудорасширяющим эффектом. Миноксидил усиливает синтез VEGF, а также повышает активность β -катеина (сигнальный путь Wnt), что приводит к запуску и пролонгации фазы анагена. Финастерид — ингибитор 5 α -редуктазы 2-го типа, понижает уровень ДГТ в сыворотке крови [23]. — Прим. ред.)

Поэтому косметические средства на основе лекарственных трав открывают многообещающие перспективы для лечения многофакторных заболеваний, к которым в полной мере можно отнести алопецию. Использование натуральных лекарств дает множество преимуществ, включая меньшее количество побочных эффектов, соблюдение пациентом схемы применения средств, более низкую себестоимость курса терапии.

У ВЗРОСЛОГО
ЧЕЛОВЕКА НА ГОЛОВЕ
ОКОЛО 100 ТЫС.
ВОЛОС, А В КАЖДОМ
ВОЛОСЯНОМ
ФОЛЛИКУЛЕ ОКОЛО
200–300 КЛЕТОК. ИТОГО,
ПУТЕМ НЕСЛОЖНЫХ
ПОДСЧЕТОВ, МОЖНО
ОПРЕДЕЛИТЬ, ЧТО
ПОРЯДКА 20–30 МЛН
КЛЕТОК ЕЖЕДНЕВНО
ПРИНИМАЮТ
ПИТАТЕЛЬНЫЕ
ВЕЩЕСТВА, ПОТРЕБЛЯЮТ
ОГРОМНОЕ КОЛИЧЕСТВО
ЭНЕРГИИ ДЛЯ ТОГО,
ЧТОБЫ КАЖДЫЙ ВОЛОС
УДЛИНИЛСЯ НА 0,3 ММ,
А ЭТО УЖЕ ПОЧТИ 30 М
В ОБЩЕЙ СУММЕ.

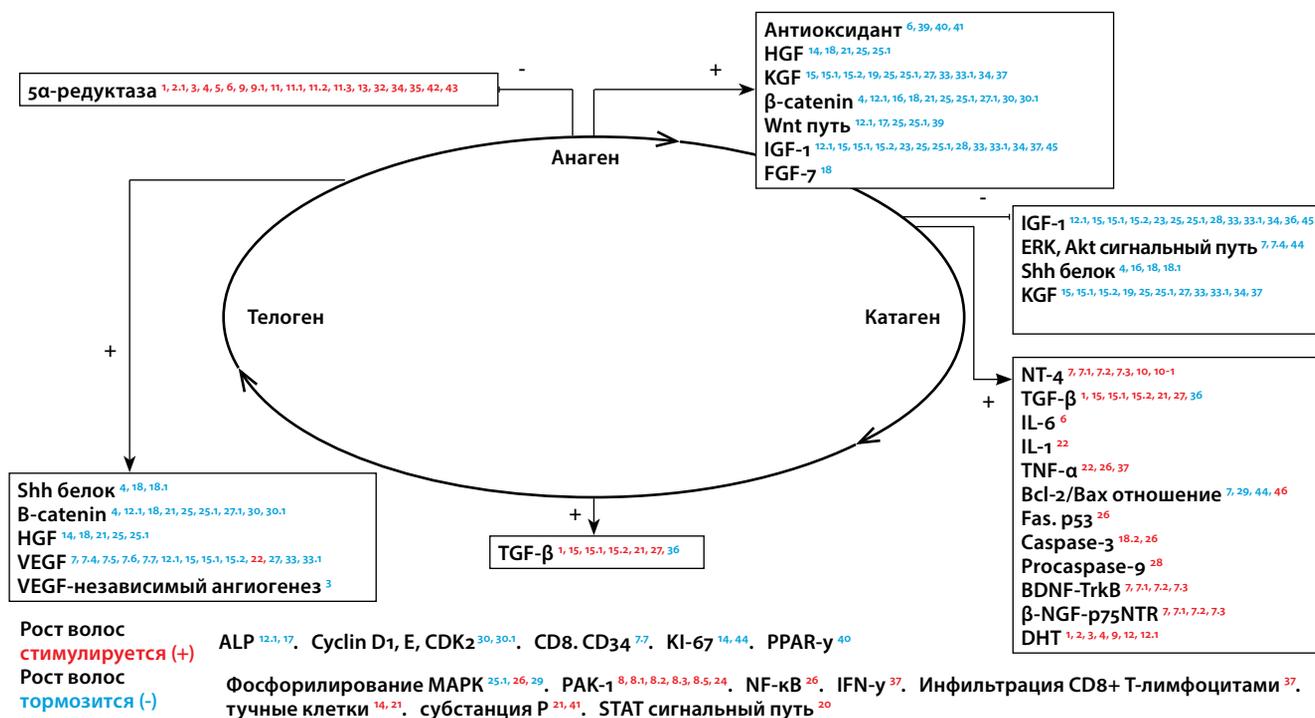


Рис. 2. Патогенез алопеции и биологические эффекты лекарственных растений и входящих в их состав веществ в рамках терапии алопеции. Цифры соответствуют определенным терапевтическим агентам (само лекарственное растение или входящее в его состав вещество) (см. табл. 2). Красный цвет — ингибирующее действие на конкретный фактор, синий цвет — стимулирующее действие на конкретный фактор [1]

Примечание. FGF7 — фактор роста фибробластов 7, IGF-1 — инсулиноподобный фактор роста, ALP — щелочная фосфатаза, MAPK — митоген-активированная протеинкиназа, белок Shh — семейство генов и соответствующих им белков Sonic hedgehog (SHH), KGF — фактор роста кератиноцитов, HGF — фактор роста гепатоцитов, PAK-1 — p21-активированная киназа 1, сигнальный путь ERK (киназа, регулируемая внеклеточным сигналом), PPAR-γ — рецептор, активируемый пролифератором пероксисом, NT-4 — нейротрофин-4, TGF-β — трансформирующий фактор роста β, VEGF — фактор роста эндотелия сосудов, DHT — дигидротестостерон, NF-κB — ядерный фактор, усиливающий легкую каппа-цепь активированных В-клеток, ИЛ — интерлейкин, IFN-γ — γ-интерферон, TNF-α — фактор некроза опухоли α, сигнальный путь STAT — преобразователь сигнала и активатор транскрипции, BDNF-TrkB — тропомиозиновый тирозинкиназный рецептор нейротрофического фактора мозга, β-NGF-p75NTR — p75-рецептор нейротрофина β-фактора роста нервов.

Профессиональный уход за волосами от Nannic

В 2019 г. компания Nannic (Бельгия) выпустила линию восстанавливающих средств по уходу за волосами, которые можно рассматривать в качестве дополнения к одобренным синтетическим препаратам для терапии алопеции или их потенциальной альтернативы.

Разработки Nannic основаны на результатах международных исследований, а также на знаниях о растениях и регионах их произрастания. Везде, где позволяет технологический процесс, используются только натуральные ингредиенты.

Линия средств для волос была признана в Бельгии инновационным открытием 2019 по уходу за волосами. В основе разработанных средств лежит концепция комплексного ухода **Nannic Anti-Age HSR**:

- **Hair** — уход за видимой частью волоса;
- **Scalp** — поддержание здоровья кожи головы;
- **Root** — поддержание естественного роста волос.

Таблица 2. Лекарственные растения и входящие в их состав вещества, использованные для терапии алопеции в ходе включенных в анализ клинических исследований [1].

№	Тестируемая субстанция	№	Тестируемая субстанция	№	Тестируемая субстанция
1	<i>Eclipta prostrata</i>	2	<i>Perilla frutescens</i>	2.1	Розмариновая кислота*
3	<i>Pueraria montana</i>	4	<i>Thuja occidentalis</i>	5	<i>Phyllanthus urinaria</i>
6	<i>Equisetum debile</i>	7	<i>Panax ginseng</i> (женьшень)	7.1	1.8-Гептадекадиен-4.6-диин-3.10-диол*
7.2	Панакситриол*	7.3	Дигидропанаксакол*	7.4	Гинзенозиды Rb1*
7.5	Гинзенозид Rg1*	7.6	Гинзенозид Re*	7.7	Гинзенозид Rg3*
8	<i>Alpinia zerumbet</i>	8.1	Кемпферол-3-О-β-D-глюкуронид (KOG)*	8.2	Лабдадиен (<i>A. zerumbet</i>)
8.3	MTD (2.5-бис (1E, 3-E, 5E)-6-метоксигекса-1.3.5-триен-1-ил)*	8.4	(E)-2.2.3.3-тетраметил-8-метилен-7-(окт-6-ен-1-ил)-октагидро-1H-хинолизин)*	8.5	Гиспидин*
9	<i>Avicennia marina</i> (мангровое дерево)	9.1	<i>Avicquinone C*</i>	10	<i>Hura crepitans</i> (семейства молочайных)
10.1	Фактор Daphne F3*	11	<i>Boehmeria nipoonivea</i>	11.1	α-Линоленовая кислота*
11.2	Элаидиновая кислота*	11.3	Стеариновая кислота*	12	<i>Scutellaria baicalensis</i> (шлемник байкальский)
12.1	Байкалин*	13	<i>Platyclusus orientalis</i> (платан восточный)	14	<i>Geranium sibiricum</i> (герань сибирская)
15	<i>Oryza sativa</i> (рис)	15.1	Линолевая кислота*	15.2	γ-Оризанол*
16	<i>Thuja orientalis</i> (туя восточная)	17	<i>Aconitum ciliare</i>	18	<i>Polygonum multiflorum</i> (купена многоцветковая)
18.1	<i>P. multiflorum</i> (preparata)	18.2	Тетрагидроксиستيرбен глюкозид*	19	<i>Chamaecyparis obtusa</i> (кипарисовик туполистный)
20	<i>Centella asiatica</i>	21	<i>Miscanthus sinensis</i>	22	<i>Ficus carica</i>
23	Икариин*	24	Кукурбитацин I*	25	<i>Malva verticillata</i>
25.1	Миристолеиновая кислота*	26	<i>Angelica sinensis</i> (дудник китайский)	27	<i>Carthamus tinctorius</i>
27.1	Олеозин-FGF9*	28	Цефарантин*	29	<i>Crataegus pinnatifida</i> (боярышник перистонадрезанный)
30	<i>Acanthopanax koreanus</i>	30.1	Аканкорезид J*	31	<i>Rosmarinus officinalis</i> (розмарин лекарственный)
32	<i>Cuscuta reflexa</i>	33	<i>Illicium anisatum</i> (бадьян анисовый)	33.1	Шикимовая кислота*
34	<i>Sophora flavescens</i> (софора желтоватая)	35	<i>Lygodium japonicum</i> (японский плетистый папоротник)	36	<i>Pinellia ternata</i>
37	<i>Astragalus membranaceus</i>	38	<i>Zizyphus jujuba</i>	39	Черная фасоль
40	Пионы	41	Зеленый чай	42	<i>Coix lacryma-jobi</i> (бусенник)
43	<i>Glycyrrhizae Radix</i> (корень солодки)	44	<i>Rumex japonicus</i> (рейнутрия японская)	45	<i>Allium tuberosum</i> (лук клубнеобразный)
46	6-гингерол* (содержится в имбире)				

Примечание. <*> — отдельные компоненты экстрактов.

Таблица 3. Активные компоненты лосьона Age control day care (Nannic, Бельгия) и их биологические эффекты

Основные компоненты	Биологические эффекты
Экстракт красной свеклы	Содержит беталаин и природные антиоксиданты — фенольные компоненты, 4-гидроксibenзойную кислоту, кофейную кислоту, гидрат катехина и эпикатехин, что обеспечивает антиоксидантное и противовоспалительные действие [24]
Кукурузный крахмал	Защищает от теплового стресса, увлажняет, питает волосы
Молочные белки	Стимулируют синтез АТФ, продлевают фазу анагена
Ацетилцистеин и ацетилметионин	Защищают от воздействия свободных радикалов
Ментол	Противовоспалительное, антиоксидантное, антимикробное действие Улучшает микроциркуляцию Повышает активность щелочной фосфатазы (alkaline phosphatase; ALP), а также экспрессию IGF, тем самым индуцируя и продлевая фазу анагена (рис. 2). Согласно исследованию Oh J.Y. и соавт., применение эфирного масла мяты, содержащего 42% ментола, сопровождалось утолщением дермы, увеличением количества волосяных фолликулов (рис. 3) [25]

Основополагающим звеном ухода являются дневной и ночной лосьоны.

Лосьон **Age control day care — follicle rejuvenation** предназначен для омоложения фолликулов и предотвращения выпадения волос (табл. 3).

Ночная сыворотка Age control night care — root stimulation:

- стимулирует волосяные фолликулы;
- поддерживает естественный рост и предотвращает выпадение волос;
- стимулирует микроциркуляцию;
- регулирует выработку себума (табл. 4).

Таблица 4. Активные компоненты лосьона Age control night care (Nannic, Бельгия) и их биологические эффекты

Основные компоненты	Биологические эффекты
Экстракт мать-и-мачехи (Tussilago farfara)	В листьях мать-и-мачехи идентифицировано 13, в цветках — 12, а в корнях — 10 жирных кислот с преобладанием ненасыщенных жирных кислот, а именно линолевой и линоленовой [26]. Компоненты экстракта мать-и-мачехи стимулируют KGF, IGF-1, VEGF, оказывают ингибирующий эффект на TGF-β, 5α-редуктазу, тем самым удлиняя фазу анагена и препятствуя преждевременному наступлению фазы катагена (рис. 2)
Масло корня куркумы (Curcuma longa)	Антиоксидантное, противовоспалительное действие, повышение гидратации кожи [27]
Масло корня имбиря (Zingiber officinale)	Содержит различные биологически активные вещества, включая гингерол, шогаол, зингерон и β-бисаболен. Обладает выраженным антиоксидантным действием, снижает экспрессию провоспалительных маркеров [28]
Масло листьев корицы (Cinnamomum zeylanicum)	Антиоксидантное и антимикробное действие
Амиды кукурузы	Защита от свободных радикалов

У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА ЕЖЕДНЕВНО ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО 100 ВОЛОСЯНЫХ ФОЛЛИКУЛОВ ЗАВЕРШАЮТ ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ. АНАГЕН ПРОДОЛЖАЕТСЯ ОТ 2 ДО 7 ЛЕТ И ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ ФОЛЛИКУЛА, ЕГО УДЛИНЕНИЕМ И АКТИВНЫМ ФОРМИРОВАНИЕМ СТЕРЖНЯ ВОЛОСА. В КАТАГЕН ПРЕКРАЩАЕТСЯ ПРОЛИФЕРАЦИЯ КЛЕТОК МАТРИКСА, УКОРАЧИВАЕТСЯ НИЖНЯЯ ЧАСТЬ ФОЛЛИКУЛА И ОПУСТОШАЕТСЯ ЦЕНТР КОРНЯ ВОЛОСА, ЧТО ЗАНИМАЕТ 1–3 НЕД. В ТЕЛОГЕН ПРОИСХОДИТ АТРОФИЯ ФОЛЛИКУЛА И ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОСА. ЭТА ФАЗА ДЛИТСЯ ОТ 2 ДО 4 МЕС. В НОРМЕ 85% ВОЛОСЯНЫХ ФОЛЛИКУЛОВ НАХОДЯТСЯ В ФАЗЕ АНАГЕНА, 14% — В ФАЗЕ ТЕЛОГЕНА И ТОЛЬКО 1% — В ФАЗЕ КАТАГЕНА. ТАКИМ ОБРАЗОМ, СООТНОШЕНИЕ «АНАГЕНОВЫХ» И «ТЕЛОГЕНОВЫХ» ФОЛЛИКУЛОВ СОСТАВЛЯЕТ 9 : 1 [6].

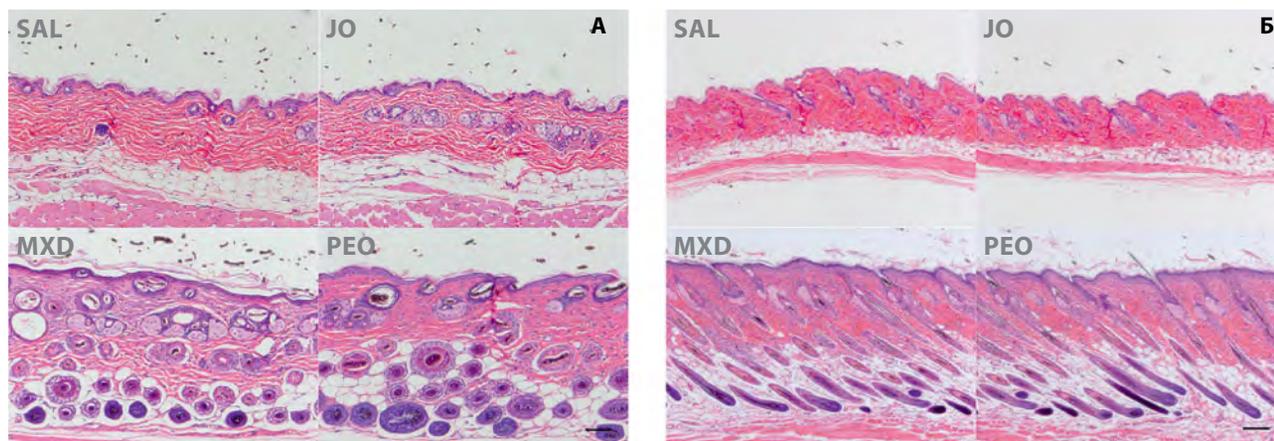


Рис. 3. Результаты топического 4-недельного применения масла мяты (PEO), миноксидила (MXD), масла жожоба (JO) и физиологического раствора (SAL) на коже мышей после полного сбривания волосяного покрова и синхронизации волос в фазе телогена. На участках применения PEO наблюдалось наиболее выраженное утолщение дермы, увеличение количества и глубины расположения волосяных фолликулов. А — поперечное сечение, Б — продольное сечение [25]

Проект «Скажи СТОП выпадению волос!»

МНОГИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ И ВХОДЯЩИЕ В ИХ СОСТАВ ВЕЩЕСТВА СПОСОБСТВУЮТ ПРОДЛЕНИЮ ФАЗЫ АНАГЕНА, ПРЕДОТВРАЩАЮТ ПЕРЕХОД ОТ ФАЗЫ АНАГЕНА К ФАЗЕ КАТАГЕНА ИЛИ СПОСОБСТВУЮТ ПЕРЕХОДУ ОТ ТЕЛОГЕНОВОЙ ФРАЗЫ К ФАЗЕ АНАГЕНА. ОНИ ТАКЖЕ СПОСОБСТВУЮТ РОСТУ ВОЛОС, ВЫЗЫВАЯ ПРОЛИФЕРАЦИЮ КЕРАТИНОЦИТОВ, ПОДАВЛЯЯ АПОПТОЗ, АКТИВИРУЯ АНГИОГЕНЕЗ И ПОДАВЛЯЯ ДИГИДРОТЕСТОСТЕРОН И ВОСПАЛЕНИЕ.

В 2020 г. компания «КИТ МЕД» — эксклюзивный дистрибьютор марки Nannic в России запустила проект «Скажи СТОП выпадению волос!» с использованием сывороток Nannic на славянском типе волос.

Каждый участник применял сыворотки для дневного и ночного ухода в течение 3 мес, а также дополнительно шампунь **Nannic damage repair** или **Vitality boost** в зависимости от типа волос.

Для выявления генетической предрасположенности к андрогенетической алопеции всем участникам проекта был проведен генетический тест от компании MyGenetics.

Этапы проекта:

- 1) диагностика участников и назначение сывороток **Age control day care — follicle rejuvenation** и **Age control night care — root stimulation**;
- 2) промежуточная оценка результатов (осмотр с помощью трихоскопии) через 6 нед от начала применения сывороток;
- 3) итоговая оценка результатов (осмотр с помощью трихоскопии) через 12 нед от начала применения сывороток.

В проекте изначально принимали участие 11 человек — 4 мужчин и 7 женщин в возрасте от 18 до 54 лет — с диагнозом «андрогенетическая алопеция разной степени выраженности, себорея кожи головы, выпадение волос с давностью не более 3 лет».

Все участники проекта до использования сывороток для волос Nannic отмечали у себя выпадение и истончение волос, медленный рост, отсутствие здорового и красивого блеска волос, ухудшение состояния кожи головы.

В связи с эпидемиологической обстановкой по COVID-19 два участника выбыли из проекта через 1,5 мес, так как заболели COVID-19, и двое пациентов выбыли из проекта через 1 мес в связи с тем, что стали отмечать активное выпадение волос при использовании дневной и ночной сывороток Nannic и самостоятельно приостановили их применение.

У каждого пациента в ходе проекта оценивались плотность волос на см², в том числе количество терминальных и vellusных волос, количество двойных фолликулярных юнитов, средний диаметр волос, соотношение толстых, средних и тонких волос до и после применения сывороток Nannic.

Всем участникам была проведена трихоскопия для объективной оценки состояния волос до и после применения сывороток Nannic. Анализ данных проводился в профессиональной диагностической компьютерной программе TRICHO LABE Snapr при увеличении в 50 раз (рис. 4).

Рис. 5–10 отображают состояние волос до и после проекта.

В результате применения сывороток **Nannic Follicle rejuvenation** и **Root stimulation** утром и вечером в течении 3 мес у участников проекта «Скажи СТОП выпадению волос!» отмечены:

- активация роста новых волос;
- увеличение плотности волос;
- увеличение объема волос;
- увеличение количества двойных фолликулярных юнитов;
- изменение структуры волос — до начала применения сывороток у участников преобладали тонкие волосы, а после проведения терапии сыворотками Nannic стали преобладать толстые волосы;
- нормализация выработки себума;
- улучшение состояния кожи головы;
- улучшение качества волос — они становятся блестящими, объемными, хорошо сохраняется прическа и укладка в течение дня (по субъективным ощущениям участников).

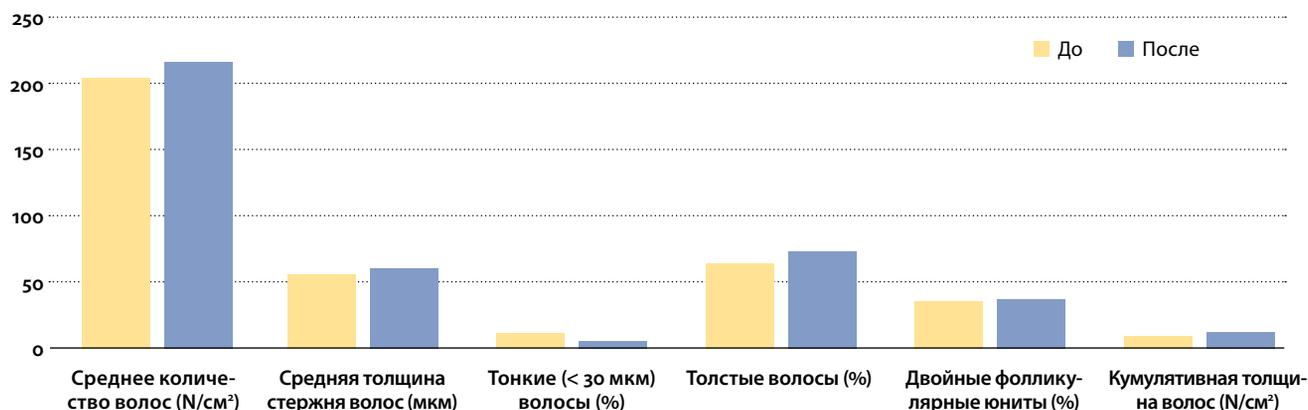


Рис. 4. Показатели состояния волос до и после 3 мес применения сывороток Age control day care — follicle rejuvenation и Age control night care — root stimulation

Рис. 5. Мужчина, 31 год, андрогенетическая алопеция

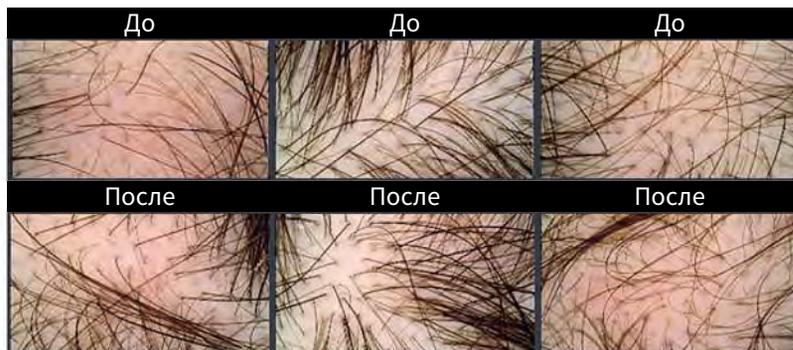


Рис. 6. Женщина, 18 лет, себорейный дерматит

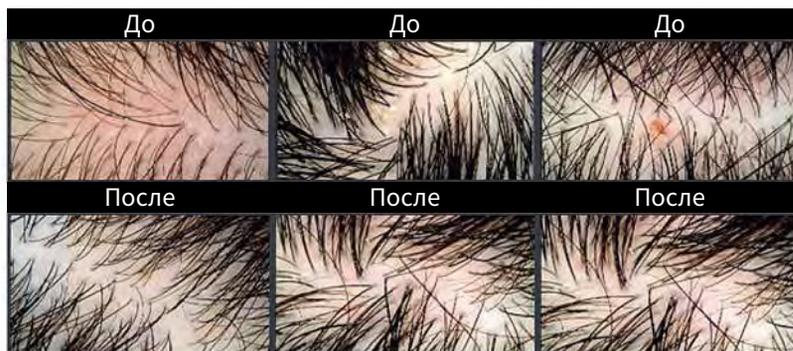


Рис. 7. Женщина, 28 лет, себорейный дерматит

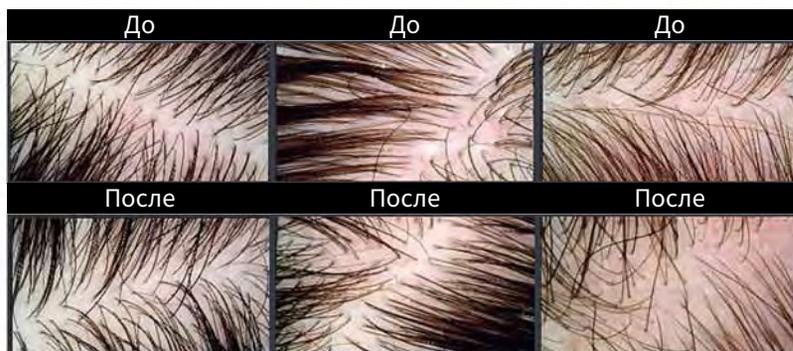


Рис. 8. Женщина, 46 лет, андрогенетическая алопеция, начальная стадия, себорейный дерматит

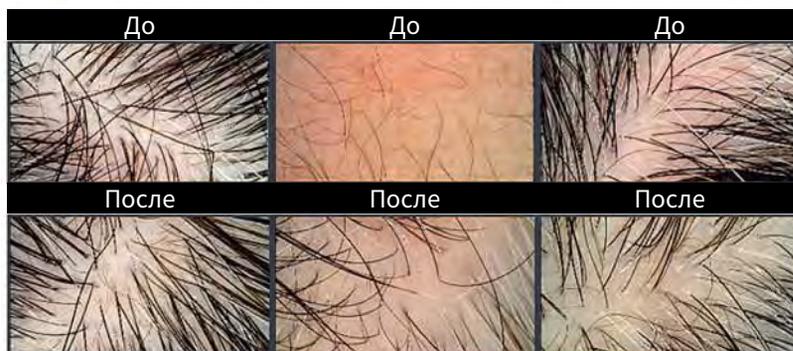




Рис. 9. Мужчина, 25 лет, андрогенетическая алопеция



Рис. 10. Женщина, 36 лет, андрогенетическая алопеция



ВСЕ ПРОДУКТЫ NANNIC ОДОБРЕНЫ И РАЗРЕШЕНЫ К СВОБОДНОЙ ПРОДАЖЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЮ, ПОСЛЕ ИСПЫТАНИЙ В НАУЧНОМ КОМИТЕТЕ ПО БЕЗОПАСНОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ (SCIENTIFIC COMMITTEE ON CONSUMER SAFETY), КОТОРЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА В БРЮССЕЛЕ.

Закключение

Сбалансированный и комплексный состав препаратов линейки Nannic для ухода за волосами и эффективная доставка активных ингредиентов позволяют этим средствам эффективно решать вопросы выпадения волос. На постоянной основе линию средств можно рекомендовать для сохранения молодости и толщины волос. Они будут весьма уместны и в комбинации с миноксидилом — для

тех, кто хочет постепенно заменить использование миноксидила для регулярного применения.

Отдельно следует оговорить востребованность уходовых средств Nannic среди пациентов, прибегнувших к трансплантации волос: новые волосы могут обойтись без специфического ухода, в то время как оставшиеся старые волосы в зоне трансплантации продолжают нуждаться в особой заботе. Именно для них Nannic HSR будет весьма эффективен и поможет сохранить достигнутые результаты на долгие годы.

Литература

1. **Cho E.C., Kyuseok K.A.** Comprehensive Review of Biochemical Factors in Herbs and Their Constituent Compounds in Experimental Studies On Alopecia. *J Ethnopharmacol* 2020; 258: 112907.
2. **Trüeb R.M., Dias M.F.R.G.** Alopecia areata: a comprehensive review of pathogenesis and management. *Clin Rev Allergy Immunol* 2018; 54(1): 68–87.
3. **Strazzulla L.C., Wang E.H.C., Avila L., et al.** Alopecia areata: disease characteristics, clinical evaluation, and new perspectives on pathogenesis. *J Am Acad Dermatol* 2018; 78(1): 1–12.
4. **Grymowicz M., Rudnicka E., Podfigurna A., et al.** Hormonal Effects on Hair Follicles. *Int J Mol Sci* 2020; 21(15): 5342.
5. **Dhariwala M.Y., Ravikumar P.** An overview of herbal alternatives in androgenetic alopecia. *J Cosmet Dermatol* 2019; 18(4): 966–975.
6. **Тлиш М.М., Шавилова М.Е., Сашко М.И., Псавок Ф.А.** Диффузная телогеновая алопеция: современные возможности топической терапии. *Лечебное дело* 2019; 3: 49–53.
7. **Min D.J., Park N.H., Hwang J.S., et al.** Low-temperature rendering technology applied to extract black beans, peony and green tea for scalp repair. *J Soc Cosmet Scientists Korea* 2009; 35(1): 41–46.
8. **Jeong G.H., Boisvert W.A., Xi M.Z., et al.** Effect of *Miscanthus sinensis* var. *purpurascens* flower extract on proliferation and molecular regulation in human dermal papilla cells and stressed C57bl/6 mice. *Chin J Integr Med* 2018; 24(8): 591–599.
9. **Park G.H., Park K.Y., Cho H.I., et al.** Red ginseng extract promotes the hair growth in cultured human hair follicles. *J Med Food* 2015; 18(3), 354–362.
10. **Choi J.S., Jeon M.H., Moon W.S., et al.** In vivo hair growth-promoting effect of rice bran extract prepared by supercritical carbon dioxide fluid. *Biol Pharm Bull* 2014; 37(1): 44–53.
11. **Junlatat J., Sripanidkulchai B.** Hair growth-promoting effect of *Carthamus tinctorius* floret extract. *Phytother Res* 2014; 28(7): 1030–1036.
12. **Taira N., Nguyen B.C., Tawata S.** Hair growth promoting and anticancer effects of p21-activated kinase 1 (PAK1) inhibitors isolated from different parts of *Alpinia zerumbet*. *Molecules* 2017; 22(1): 132.
13. **Boisvert W.A., Yu M., Choi Y., et al.** Hair growth-promoting effect of *Geranium sibiricum* extract in human dermal papilla cells and C57BL/6 mice. *BMC Compl Alternative Med* 2017; 17(1): 109.

14. **Kim M.H., Choi Y.Y., Cho I.H., et al.** Angelica sinensis induces hair regrowth via the inhibition of apoptosis signaling. *Am J Chin Med* 2014; 42(4): 1021–1034.
15. **Chen L., Duan H., Xie F., et al.** Tetrahydroxystilbene glucoside effectively prevents apoptosis induced hair loss. *BioMed Res Int* 2018; 2018: 1380146.
16. **Suzuki A., Matsuura D., Kanatani H., et al.** Inhibitory effects of polyacetylene compounds from panax ginseng on neurotrophin receptor-mediated hair growth. *Biol Pharm Bull* 2017; 40(10): 1784–1788.
17. **Turkoglu M., Pekmezci E., Kilic S., et al.** Effect of Ficus carica leaf extract on the gene expression of selected factors in HaCaT cells. *J Cosmet Dermatol* 2017; 16(4): e54–e58.
18. **Jung J.E., Cho E.J.** Protective effects of Zizyphus jujuba and fermented Zizyphus jujuba from free radicals and hair loss. *J Korean Soc Food Sci Nutr* 2014; 43(8): 1174–1180.
19. **Murata K., Noguchi K., Kondo M., et al.** Inhibitory activities of Puerariae Flos against testosterone 5alpha-reductase and its hair growth promotion activities. *J Nat Med* 2012; 66(1): 158–165.
20. **Sadgrove N.J.** The new paradigm for androgenetic alopecia and plant-based folk remedies: 5alpha-reductase inhibition, reversal of secondary microinflammation and improving insulin resistance. *J Ethnopharmacol* 2018; 227: 206–236.
21. **Chaiyana W., Punyoyai C., Somwongin S., et al.** Inhibition of 5alpha-reductase, IL-6 secretion, and oxidation process of equisetum debile Roxb. Ex vaucher extract as functional food and nutraceuticals ingredients. *Nutrients* 2017; 9(10): 1105.
22. **Li S., Zhang B.** Traditional Chinese medicine network pharmacology: theory, methodology and application. *Chin J Nat Med* 2013; 11(2): 110–120.
23. **Suchonwanit P., Thammarucha S., Leerunyakul K.** Minoxidil and its use in hair disorders: a review. *Drug Des Devel Ther* 2019; 13: 2777–2786.
24. **Georgiev V.G., Weber G., Kneschke E.-M., et al.** Antioxidant Activity and Phenolic Content of Betalain Extracts From Intact Plants and Hairy Root Cultures of the Red Beetroot Beta Vulgaris Cv. Detroit Dark Red. *Plant Foods for Human Nutrition (Dordrecht, Netherlands)* 2010; 65 (2): 105–111.
25. **Oh J.Y., Park M.A., Kim Y.C.** Peppermint oil promotes hair growth without toxic signs. *Toxicol Res* 2014; 30(4): 297–304.
26. **Кацуба И.К., Кисличенко В.С., Новосел Е.Н.** Исследование жирнокислотного состава листьев, цветков и корней мать-и-мачехи обыкновенной. *Актуальные проблемы медицины* 2013; 18: 161.
27. **Barbalho S.M., de Sousa Gonzaga H.F., de Souza G.A., et al.** Dermatological Effects of Curcuma Species: a Systematic Review. *Clin Exp Dermatol* 2021; 46(5): 825–833..
28. **Abbas A.N.** Ginger (*Zingiber Officinale* (L.) Rosc) Improves Oxidative Stress and Trace Elements Status in Patients With Alopecia Areata. *Niger J Clin Pract* 2020; 23(11): 1555–1560.

Флегонтова Е.А.

Особенности барьерной функции кожи и комплексная anti-age корнеотерапия для женщин 50+

Исследования последних лет сделали революционное открытие — роговой слой кожи является биологически активной тканью, играющей одну из ключевых ролей в сохранении здоровья кожи. Для поддержания нормальной структуры и функционирования рогового слоя используется широкий ряд методов, образовавших новое направление в медицине — корнеотерапию. В статье рассмотрены особенности барьерной функции женщин в возрасте 50+ и приведен комплексный подход к ее восстановлению, включающий топический уход, аппаратные методы и нутрицевтическую поддержку.

Ключевые слова: роговой слой, барьер, корнеотерапия, пептиды коллагена, ламеллярная эмульсия

**Флегонтова
Елена Александровна**

К.м.н., дерматокосметолог,
физиотерапевт, генетический
консультант, руководитель
обучающих программ
в ООО «КИТ МЕД»,
преподаватель и куратор
программ в Global Academy

Результаты научных исследований углубляют наши знания об окружающем мире и порой приводят к полному пересмотру утвердившейся парадигмы. Так произошло и с пониманием роли рогового слоя в функционировании кожи. Благодаря научной работе американского дерматолога Kligman A.M. и соавт. начался процесс переосмысления роли мертвых клеток рогового слоя — корнеоцитов — в поддержании здоровья кожи (**рис. 1**) [1]. Корнеоциты стали рассматриваться в качестве биологически активной ткани, которая не только вносит вклад в сохранность эпидермального барьера, но также через ряд сигнальных путей взаимодействует с эпидермисом и влияет на регенеративные процессы глубоких слоев кожи (**табл. 1**) [2].

Постепенно эти исследования дали жизнь новому направлению в науке — **корнеобиологии**, объектом изучения которой служат физиологические, биологические и биохимические процессы, протекающие в роговом слое. Практической реализацией полученных знаний стала **корнеотерапия** — совокупность методов и средств, действие которых направлено на восстановление и поддержание функций рогового слоя.

Поскольку эпидермальный барьер представляет собой сложный комплекс, «поломка» любого звена повлечет за собой нарушение барьерной функции. Очень важно понять, какое звено самое слабое, и сделать его основной терапевтической мишенью.

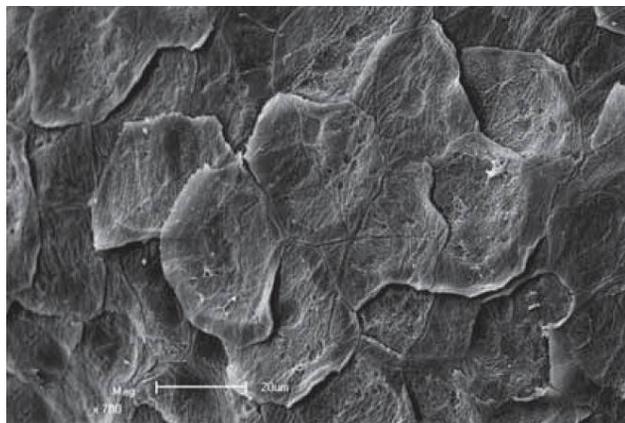


Рис. 1. Поверхность рогового слоя (электронная микроскопия, $\times 700$) [1]

Таблица 1. Основные деструктивные факторы окружающей среды, действующие на роговой слой

Биологические и химические	Физические	Механические
<ul style="list-style-type: none"> ■ Микроорганизмы ■ Химические вещества 	<ul style="list-style-type: none"> ■ УФ ■ Радиация ■ Холод/жара ■ Низкая/высокая влажность 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Абразия ■ Трение ■ Сильный ветер

Роговой слой — государственная граница нашего организма

Выделяют три основных компонента эпидермального барьера — физический, химический и биологический.

ФИЗИЧЕСКИЙ БАРЬЕР

Физический барьер образуют корнеоциты, межклеточные липиды и натуральный увлажняющий фактор (natural moisturizing factor; NMF) (рис. 2, табл. 2) [3].

ХИМИЧЕСКИЙ БАРЬЕР: ГИДРОЛИПИДНАЯ МАНТИЯ И PH

Гидролипидная мантия представляет собой эмульсию из себума и пота. Ее основные функции:

- смягчает кожу;
- контролирует испарение воды (вместе с липидным барьером);
- поддерживает градиент pH через роговой слой;
- защищает липидный барьер от перекисного окисления (витамин E, сквален);
- формирует среду обитания для кожного микробиома.

Основная задача гидролипидной мантии — пригладить чешуйку и тем самым снизить площадь испарения воды [4].

Важной функцией гидролипидной мантии является поддержание градиента pH через роговой слой. Часто при дерматозах наблюдается защелачивание поверхности кожи и нарушение градиента pH, сопряженное с нарушением работы ферментов рогового слоя, активность которых зависит от pH [5].

БИОЛОГИЧЕСКИЙ БАРЬЕР: МИКРОБИОМ И АНТИМИКРОБНЫЕ ПЕПТИДЫ

Микробиом — совокупность микроорганизмов, объединенных одним органом или анатомической зоной. На 1 см² кожи обитает более миллиона бактерий,

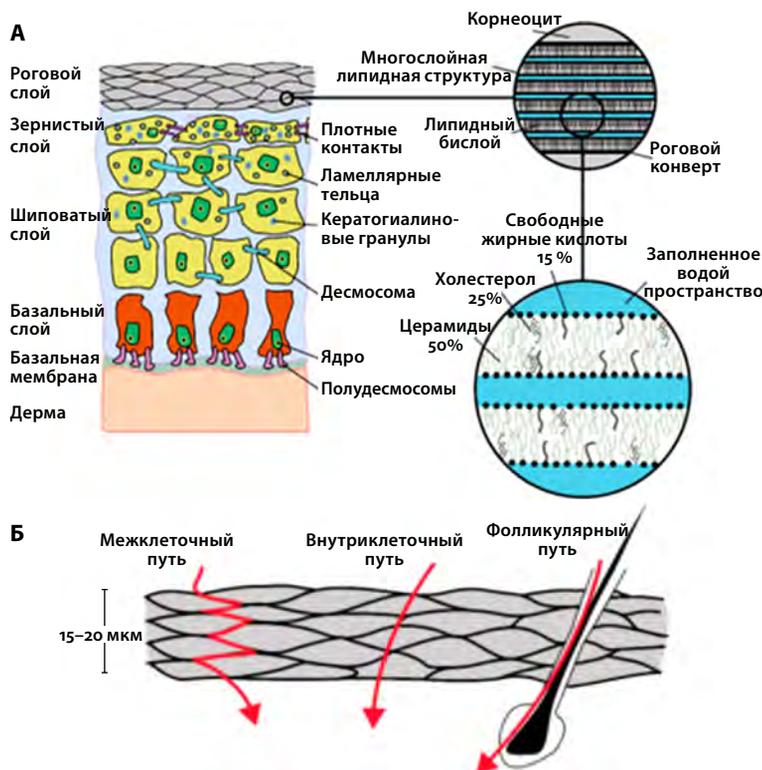


Рис. 2. Эпидермальный барьер и пути поступления топических средств в кожу [3]

Таблица 2. Характеристика компонентов физического барьера рогового слоя [4]

Корнеоциты	Многослойные липидные структуры	Натуральный увлажняющий фактор (NMF)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Служат в качестве механического щита ■ Обеспечивают непроницаемость рогового слоя ■ Выполняют функцию депонирования воды <p>В роговом слое воды мало — 15% от веса, 85% приходится на сухой остаток, в живых слоях кожи пропорция обратная. К этим особенностям необходимо относиться внимательно, чтобы не допустить переувлажнения. Часть этой воды связана внутри корнеоцита с кератином — крупным гидрофобным белком, который тем не менее является коллоидом и может связывать определенное количество воды</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Состоят из керамидов, холестерина и свободных жирных кислоты в соотношении 1:1:1) ■ Обеспечивают контроль над диффузией веществ через роговой слой по промежуткам между липидными пластинами <p>Вода при этом свободна, не связана и передвигается по градиенту концентрации — от живых клеточных слоев, где воды много, к поверхности кожи, где воды мало. При нарушении липидной структуры поток увеличивается. Роговой слой ограничивает не только диффузию воды, но и диффузию любых химических веществ в обоих направлениях. Липидный слой отвечает главным образом за ТЭПВ</p>	<p>Комплекс органических молекул на поверхности корнеоцитов, обладающий способностью связывать воду. К нему относятся свободные аминокислоты (40%); пироглутамат натрия (12%); мочевины (7%); аммиак, креатинин и др. органические соединения (17%); магний (1,5%); калий (4%); кальций (1,5%), натрий (5%); молочная и лимонная кислоты, ионы хлорида и фосфата (12%). Нарушение их баланса влечет за собой изменение состава NMF и, как следствие, неспособность кожи удерживать влагу. От количества влаги, связанной с NMF, зависит и эластичность рогового слоя. Обеспечивает депонирование воды и пластичность рогового слоя</p>

Примечание. ТЭПВ — трансэпидермальная потеря воды; NMF — natural moisturizing factor.

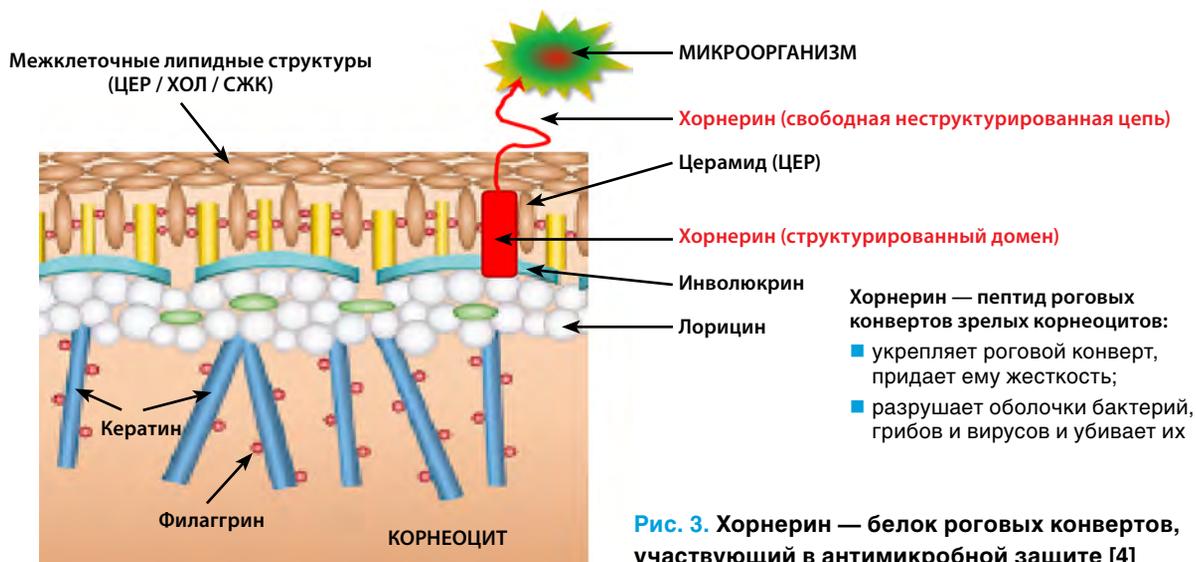
которые участвуют в поддержании функции физического барьера и препятствуют проникновению патогенов [6].

Кожу следует рассматривать не в качестве баррикады, отделяющей нас от бактериальных сообществ. Это широкий и динамичный интерфейс, обеспечивающий сотрудничество микробиома кожи и иммунной системы. Микробиом кожи не только оказывает модулирующее воздействие на иммунную систему, но также осуществляет выработку бактериоцинов, предотвращающих рост нежелательных микроорганизмов.

Гидролипидная мантия является важным компонентом среды обитания микробиома кожи. Видовой состав и численность микробиома во многом зависят именно от состояния гидролипидной мантии [7].

Кератиноциты также могут участвовать в антимикробной защите. Для противостояния патогенным микроорганизмам они вырабатывают антимикробные пептиды (АМП) — ключевые молекулы иннантной (врожденной) иммунной системы, подавляющие активность / вызывающие гибель бактерий, вирусов, грибов и паразитов. На данный момент идентифицировано более 20 АМП. Уровень антимикробных пептидов крайне лабильный.

Мертвые клетки кожи — корнеоциты — не вырабатывают антимикробные пептиды, тем не менее и они участвуют в антимикробной защите. В роговом конверте зрелых корнеоцитов присутствует белок хорнерин, относящийся к классу внутренних неупорядоченных белков (когда белок или его фрагмент не имеют 3D-структуры) (**рис. 3**). Упорядоченная часть хорнерина является частью рогового конверта и придает ему жесткость, в то время как неупорядоченная структура, «хвост», располагается на поверхности. Если рядом оказывается микроорганизм, неупорядоченная структура встраивается в его оболочку, и микроорганизм гибнет [8].



Хорнерин и филаггрин есть только у корнеоцитов (рис. 4). Они формируются в процессе ороговения — превращения кератиноцитов в корнеоциты. Если этот процесс нарушается или проходит не по сценарию, происходит выраженное снижение

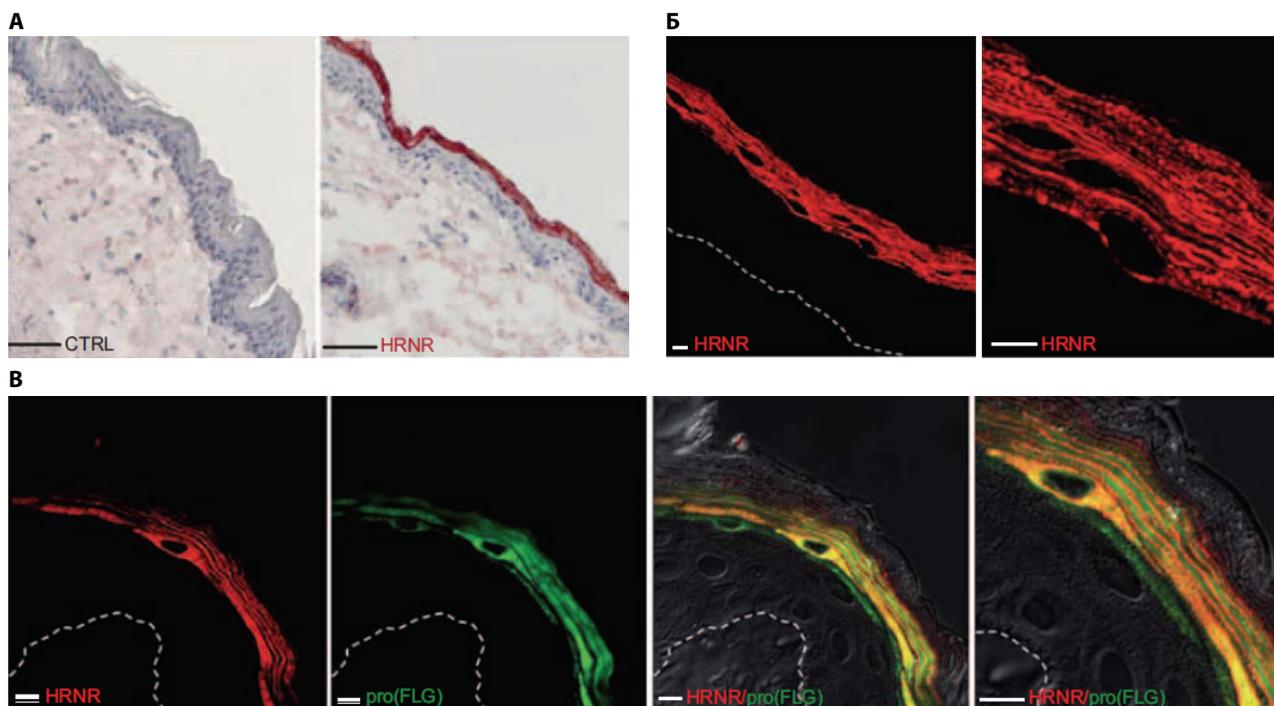


Рис. 4. Определение хорнерина в коже человека при помощи иммуногистохимического исследования: А — криосрезы кожи человека, для окрашивания использованы меченые антитела к хорнерину (hornerin; HRNR), в качестве контроля взят образец, обработанный сывороткой без антител к хорнерину (CTRL); Б — парафинизированные гистологические срезы, окрашенные при помощи антител к HRNR; В — парафинизированные гистологические срезы, окрашенные при помощи антител к HRNR и филаггину ([pro(FLG)] ANF3). Масштабные линейки 50 мкм (А); 5 мкм (Б, В) [8]

уровня хорнерина. Роговой слой таким образом лишается одного из вариантов биологической защиты. Это происходит при любых нарушениях созревания, в том числе в связи с дерматозами (атопическим дерматитом, псориазом и др.).

Еще одним фактором, нарушающим процессы ороговения, может послужить ретинол. Ретинол ускоряет деление и миграцию кератиноцитов, которые не успевают нормально созреть. Уровень хорнерина на фоне применения ретинола сильно снижается.

Если роговой слой не в порядке

При структурных и функциональных нарушениях роговой слой не может адекватно выполнять защитную роль. В таком случае нижележащие живые клетки кожи попадают в некомфортные условия и вынуждены противостоять деструктивным внешним воздействиям.

В случае воздействия химического или биологического фактора подключаются защитники второй линии — клетки иммунной системы. В этой ситуации возникает иммунная реакция в виде локального воспаления, что является проявлением неспецифического иммунного ответа. Его можно сравнить с оружием массового поражения: высокореакционные иммунocyты борются с врагом при помощи активных форм кислорода и свободных радикалов, при этом также страдают расположенные рядом собственные клетки [4].

Покраснение, отек, боль, жжение — это симптомы воспалительного процесса, идущего в глубине кожи. При хронизации воспаления структура кожи меняется, поскольку все окислительные процессы не только разрушают патогены, но и действуют на собственные клетки, что может привести к развитию ряда дерматозов.

Есть два сценария заживления кожи.

- **Благополучный.** Неспецифическое воспаление запускает заживление раны с восстановлением целостности рогового слоя и здоровья кожи в целом. Подобную цель преследуют большинство косметологических методов, основанных на запуске ремоделирования кожи посредством контролируемого повреждения. В этом случае воспаление должно быть временным и не перерасти в хроническое.
- **Неблагополучный.** В этом случае воспаление становится тормозом нормального заживления — неспецифическое воспаление не угасает и не дает зажить роговому слою. При таком сценарии развивается хронический дерматит. Поврежденный роговой слой продолжает пропускать агрессивные факторы окружающей среды, которые провоцируют воспалительную реакцию, — возникает порочный круг. Такая картина характерна для атопического дерматита, при котором имеются врожденные нарушения структуры рогового слоя.

В последнем случае единственным способом помочь не допустить или своевременно погасить воспаление является применение специальных косметических средств, которые при нанесении на поверхность кожи имитируют ее барьерные структуры.

Научные исследования возрастных изменений эпидермального барьера кожи женщин

Для женщин в возрасте 50+ характерно предъявление жалоб, связанных с состоянием барьерной функции кожи:

- чувство стянутости после мытья;
- сухость;
- грубая текстура;
- многочисленные поверхностные морщины.

Важно разобраться, какие изменения эпидермального барьера лежат в основе этих симптомов.

Возрастные изменения барьерной функции кожи стали темой многочисленных исследований. Конечно, любой клинический случай уникален и к каждому пациенту требуется индивидуальный подход, тем не менее полученные результаты позволяют составить общую картину и определить, какие звенья эпидермального барьера наиболее уязвимы у женщин в возрасте 50+.

Особое внимание изучению структурных и функциональных изменений эпидермального барьера уделила в своих исследованиях группа французских ученых. В ходе двух исследований Voigreau-Adamezyk E. и соавт. оценили состояние основных компонентов эпидермального барьера в четырех возрастных группах. Формирование выборки в обоих исследованиях осуществлялось по одной и той же схеме [5, 9]. В каждом исследовании приняли участие 40 женщин с фототипом I–III по Фицпатрику без дерматологических заболеваний. Участники распределили в 4 возрастные группы по 10 человек в каждой: 18–30 лет, 30–40 лет, 40–55 лет, 55–70 лет.

Авторами были оценены следующие параметры:

- толщина рогового слоя (конфокальная рамановская микроспектроскопия);
- общее количество и состав барьерных липидов (конфокальная рамановская микроспектроскопия);
- гидратация рогового слоя (измерение электропроводности);
- ТЭПВ (теваметр закрытого типа);
- количество NMF (конфокальная рамановская микроспектроскопия).

Полученные авторами результаты приведены в **табл. 3**.

Таблица 3. Возрастные изменения структурных и функциональных характеристик эпидермального барьера кожи женщин 50+

Липидный барьер	Гидратация рогового слоя, ТЭПВ, количество NMF	Толщина рогового слоя
<ul style="list-style-type: none"> ■ Общее количество барьерных липидов повышается ■ Незначительные изменения липидной композиции: <ul style="list-style-type: none"> • жирные кислоты: ↓ C16_1 и ↑ C28_0; • церамиды (CER.NH_733, EOS.C30.C18_1, EOS.C30.C18_2, EOS.C32.C18-1, N24_0_DS18, N26_0_DS18) ↑; • холестерин ↑; • сфинголипид P18 ↑ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Незначительное снижение гидратации рогового слоя ■ Снижение ТЭПВ ■ Увеличение количества NMF 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Увеличение толщины рогового слоя

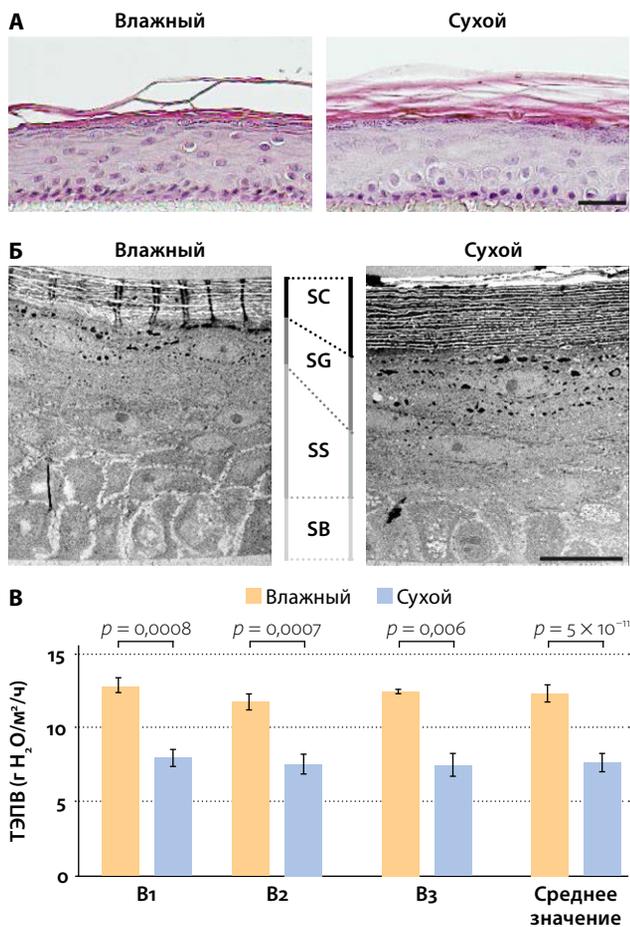


Рис. 5. Большая толщина рогового слоя сопряжена со снижением трансэпидермальной потери воды (реконструированный эпидермис человека). А — эпидермис человека, реконструированный в условиях среды с повышенной влажностью (слева) и в условиях среды с пониженной влажностью (справа). Б — на гистологическом срезе образца тканей, реконструированного в условиях среды с пониженной влажностью (справа) наблюдается выраженное утолщение рогового слоя. В — показатели трансэпидермальной потери воды (ТЭПВ), измеренные для влажных и сухих образцов реконструированного эпидермиса трех доноров. Для эпидермиса с утолщенным роговым слоем характерно выраженное снижение ТЭПВ. SC — роговой слой, SG — зернистый слой, SS — шиповатый слой, SB — базальный слой [10]

Таким образом, авторы отметили некоторое увеличение общего количества барьерных липидов, незначительное снижение гидратации в условиях увеличения количества NMF и снижения ТЭПВ (рис. 5, 6). Вероятно, снижение ТЭПВ обусловлено утолщением рогового слоя, что также подтверждается рядом других исследований (рис. 7) [10].

Зафиксированные авторами изменения незначительны и не способны привести к клинике сухой кожи. Если подобные небольшие колебания случаются, они не будут влиять на водоудерживающие свойства рогового слоя.

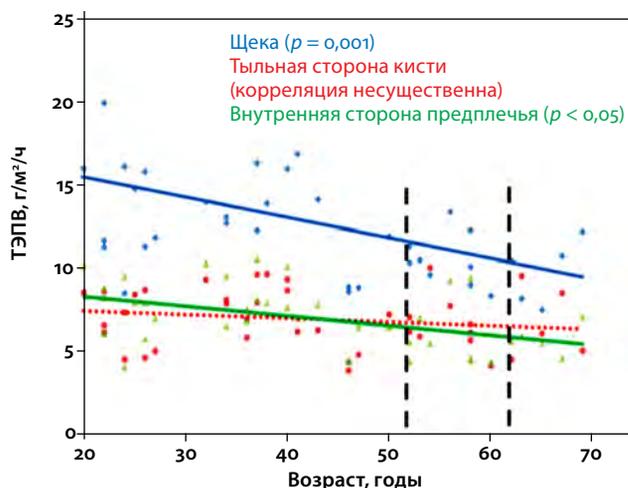


Рис. 6. С возрастом происходит снижение ТЭПВ, возможно, вследствие утолщения рогового слоя [5]

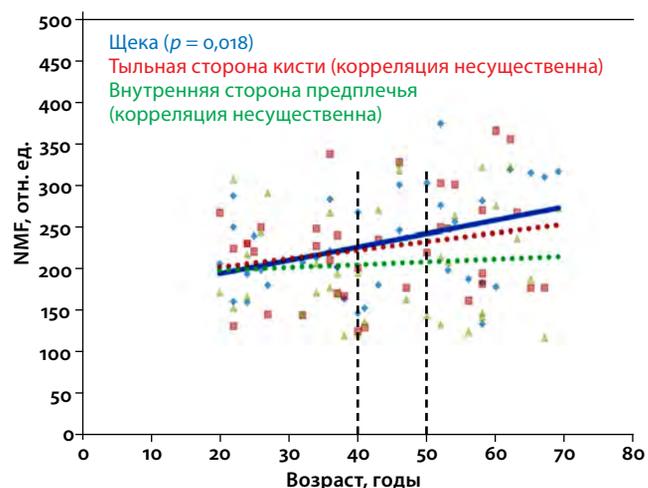


Рис. 7. Согласно исследованиям, с возрастом количество NMF в роговом слое на лице увеличивается [9]

Получается, что сам по себе роговой слой в норме. Значит, проблема в чем-то другом.

Дополняет картину исследование еще одного звена эпидермального барьера — микробиома кожи. Howard B. и соавт. оценили возрастные особенности кожного микробиома, pH поверхности кожи, площадь сальных желез и количество себума, а также экспрессию генов антимикробных пептидов [7]. В исследовании приняли участие 158 здоровых женщин с фототипом I–III по Фицпатрику без дерматологических заболеваний в возрасте 20–74 лет. У участниц были взяты мазки с лица, предплечий и ягодиц. Авторами был выявлен ряд характерных изменений исследуемых параметров с увеличением возраста:

- уменьшение площади сальных желез, снижение количества себума (рис. 8);
- повышение pH поверхности кожи;
- повышение экспрессии генов антимикробных пептидов;
- расширение разнообразия бактериальной флоры.

Из родов бактерий с долей в микробиоме > 1% только *Lactobacillus* и *Cutibacterium* продемонстрировали значительное изменение (уменьшение) численности на всех участках кожи. Менее представленные роды бактерий продемонстрировали значительные возрастные и географические изменения численности.

Вероятно, возможной причиной наблюдаемой тенденции являлось изменение условий обитания микробиома, в частности уменьшение количества себума, служащего питательным субстратом для микроорганизмов, а также повышение pH поверхности кожи.

Как сохранить/улучшить барьерную функцию здоровой кожи женщин 50+?

Согласно результатам приведенных исследований, несмотря на возрастные изменения, физический барьер адекватно справляется со своими функциями — отсутствуют выраженные изменения в количестве и составе барьерных липидов и NMF, уровень гидратации рогового слоя находится на должном уровне. Следовательно, нет особой необходимости в применении косметических средств с барьерными липидами и NMF. Основные усилия необходимо сконцентрировать на дисфункции химического барьера, которая также влечет за собой нарушения биологического барьера.

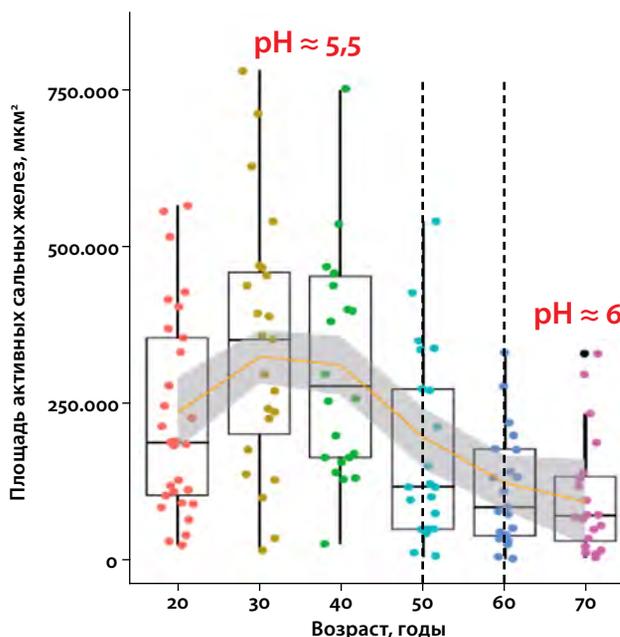


Рис. 8. С возрастом площадь активных сальных желез и количество себума снижаются, а уровень pH имеет тенденцию к повышению вплоть до pH 6 [7]

Поскольку сам эпидермальный барьер представляет собой сложную многокомпонентную структуру и напрямую зависит от внешних и внутренних факторов, его восстановление и поддержание требует комплексного подхода с использованием топической терапии в качестве основополагающего звена, методов аппаратной косметологии и, безусловно, нутрицевтической поддержки — фундамента всех процессов регенерации и заживления.

Применение топических средств в рамках комплексной корнеотерапии

КОРНЕОТЕРАПИЯ —
УНИВЕРСАЛЬНАЯ
И БЕСПРОИГРЫШНАЯ
СТРАТЕГИЯ УХОДА
ЗА КОЖЕЙ В ЛЮБОМ
СОСТОЯНИИ
И С ЛЮБЫМИ
ПРОБЛЕМАМИ.

В вопросах топического ухода следует руководствоваться следующими ориентирами:

- использовать эмульсии, имитирующие собственную гидролипидную мантию;
- использовать средства с pH 4,0–4,5 для восстановления градиента pH через роговой слой и контроля над микробиомом;
- использовать протеолитические ферменты для профилактики кератоза;
- ограничить применение веществ, подавляющих секрецию себума и нарушающих созревание рогового слоя (ретинол, салициловая кислота).

Ориентировочный состав «идеального» корнеотерапевтического средства для ухода за кожей здоровой женщины в возрасте 50+ приведен в **табл. 4**.

Уходовые средства Nannic

Для восстановления поврежденного эпидермального барьера компания NANNIC (Бельгия) разработала линию профессиональных сывороток на ламеллярных эмульсиях. Это особый вид эмульсии, в котором капли масляной фазы

Таблица 4. Некоторые ключевые ингредиенты топической эмульсии, имитирующей гидролипидную пленку [4]

Вещество	Комментарий
Вода/силикон	Эмульсия с отличными сенсорными свойствами и химической стабильностью
Воски и эфиры восков, жирные спирты	Природные компоненты себума: смягчение рогового слоя, регуляция ТЭПВ, питание для микроорганизмов
Сквален, витамин E	Природные компоненты себума: жирорастворимые антиоксиданты, предотвращающие перекисное окисление липидов
Гиалуроновая кислота	Высокомолекулярный гигроскопичный полимер, удерживающий на поверхности кожи воду, необходимую для здорового микробиома
Пребиотики	Стимуляция роста сапрофитной микрофлоры и укрепление антибактериальной защиты кожи
Соли (Mg²⁺, Ca²⁺, K⁺, Na⁺; бикарбонаты, аммония, сульфаты)	Поддержание оптимальной осмолярности для сохранения водного баланса внутри рогового слоя и живых микроорганизмов, для снабжения микробиома необходимыми микроэлементами
Буферная система	Для поддержания pH 4,0–4,5 самой эмульсии и pH 5,5 на коже после нанесения эмульсии и смешивания с собственной гидролипидной пленкой кожи

окружены многочисленными протяженными двуслойными липидными пластами (ламеллами) наподобие тех, что составляют липидный барьер рогового слоя.

Для создания таких эмульсий не нужны традиционные эмульгаторы, соответственно, риски раздражения сведены к минимуму. Фосфолипиды и жирные кислоты в составе ламелл при контакте с кожей проникают в липидный барьер рогового слоя, укрепляя его структуру изнутри. Некоторая их часть достигает гранулярных кератиноцитов, которые используют их как материал для построения собственных липидных структур и самого липидного барьера.

Активные вещества, которые могут находиться как в масляной, так и в водной фазах ламеллярной эмульсии, хорошо защищены от окислительной деградации, поэтому топическое средство остается высокоэффективным на протяжении всего срока годности.

Рекомендуемые для прицельного восстановления и укрепления компонентов эпидермального барьера средства NANNIC приведены в **табл. 5**.

В рамках ежедневного ухода также рекомендуется применение следующих средств:

- для очищения кожи — лосьон PORE TREAT LOTION, пилинг-маска WHITE WILLOW BARK PEELING MASK;
- для профилактики и устранения избыточной пигментации — сыворотка SKIN TONE BALANCER;
- для защиты от ультрафиолетового излучения — спрей UV-SHIELD.

Следует также отметить, что профессиональная линия средств NANNIC адаптирована под RF-технологии и может использоваться вместо контактного геля.

Применение аппаратных косметологических методов в рамках комплексной корнеотерапии

Для омоложения и оздоровления эпидермального барьера рекомендуется сочетать топическую терапию с аппаратными косметологическими и физиотерапевтическими методами (**табл. 6**).

Нутриенты как основа здоровья кожи

Поступление в организм нутриентов — питательных веществ — тесно связано со здоровьем кожи и напрямую влияет на процессы формирования возрастных изменений, сохранения здоровья или развития заболеваний. В последние годы благодаря клиническим и лабораторным исследованиям все яснее проступает взаимосвязь между рационом питания и здоровьем кожи. Все клетки в организме постоянно обновляются, и только достаточное потребление нутриентов может поддерживать нормальное обновление и восстановление тканей [12]. Особенно остро этот вопрос стоит в отношении поступления в организм белков.

Таблица 5. Уходовые средства NANNIC для антивозрастной корнеотерапии

Средство	Активные ингредиенты	Свойства и особенности применения
NBE FLACCID SKIN	<ul style="list-style-type: none"> ■ Основа: ламеллярная эмульсия без традиционных эмульгаторов (подобный вид эмульсий считается более дерматологически мягким) ■ Силиконы: метилсиланол маннуронат, метилсиланол гидроксипролин аспарат ■ Компоненты себума: сквалан, витамин E ■ Липиды: растительные масла канолы, оливы (неомыляемая фракция), каритэ, семян конопля; лецитин (для создания благоприятной среды обитания здорового микробиома кожи) ■ Дополнительные anti-age биодобавки: декарбоксикарносин — мощный антиоксидант, предотвращает гликирование белков; соевые изофлавоны для нормализации гормонального статуса кожи ■ Регуляторы pH: лимонная кислота 	<p>Сыворотка для дряблой кожи стимулирует клеточное обновление эпидермиса, активизирует синтез фибробластов, гликозаминогликанов, что способствует реструктурированию кожи, улучшению ее внешнего вида и биомеханических свойств:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ восстанавливает структуру клеточных мембран; ■ ингибирует металлопротеиназы; ■ улучшает трофику тканей; ■ повышает тургор кожи; ■ способствует уменьшению растяжек (рис. 9)
Сыворотка AGE REVERSE «Возраст вспять» с гиалуроновыми микрокапсулами	<ul style="list-style-type: none"> ■ Средне- и низкомолекулярные фрагменты гиалуроновой кислоты, помещенные в липосомированные микрокапсулы, в высокой концентрации ■ Витамин E ■ Экзополисахариды морских бактерий <i>Pseudoalteromonas</i> (пребиотик) 	<p>При создании сыворотки используется метод двойной инкапсуляции для глубокого проникновения в кожу длинных цепей гиалуроновой кислоты, в то время как короткие цепи «работают» на ее поверхности.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Гиалуроновая кислота обеспечивает гидратацию глубоких слоев кожи, стимулирует выработку собственного коллагена и эластина ■ Витамин E увлажняет и смягчает кожу ■ Экзополисахариды морских бактерий способствуют формированию здорового микробиома кожи ■ Сыворотка может использоваться локально на проблемных зонах. Подходит как для увядающей, так и для молодой кожи с целью увлажнения и профилактики возрастных изменений. <p>Сыворотку AGE REVERSE можно использовать в паре с эмульсией FLACCID SKIN для достижения более выраженного результата. Сыворотка применяется перед эмульсией для максимального сохранения увлажняющего эффекта гиалуроновой кислоты. Наносить на очищенную кожу утром и вечером</p>
Восстанавливающий крем EPITHELIUM+	<ul style="list-style-type: none"> ■ Трипептид меди ■ Лецитин ■ Декспантенол ■ Бисаболол 	<p>Сыворотка для реабилитации кожи после агрессивных косметологических процедур, повреждающих эпидермис: глубокой абляции, срединных и глубоких пилингов, дермабразии кристаллами и др. Ускоряет процессы регенерации кожи и препятствует образованию рубцов (рис. 10).</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Трипептид меди стимулирует заживление ран, активизирует синтез коллагена, эластина и гликозаминогликанов ■ Лецитин — синергичный элемент в метаболизме витамина A и витамина E. Смягчает кожу, способствует ее омоложению и устранению морщин ■ Декспантенол: противовоспалительное, ранозаживляющее действие ■ Бисаболол: уменьшает раздражение кожи ■ Первые два дня — нанесение сыворотки каждые 2 ч, далее — 2 раз в день

Таблица 6. Применение аппаратных косметологических и физиотерапевтических методов в рамках корнеотерапии [11]

Метод	Клинические эффекты	Показания
Неинвазивные		
Плазменный душ (технология диэлектрического барьерного разряда) — обработка кожи множественными слабыми струями плазмы	<ul style="list-style-type: none"> ■ Укрепление местного иммунитета; ■ уменьшение воспаления; ■ укрепление барьерных структур рогового слоя (отсроченный эффект); ■ временное повышение проницаемости рогового слоя (немедленный эффект), что может быть использовано для трансдермальной доставки биоактивных веществ; ■ противогрибковый и антибактериальный эффекты 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Воспаление, фотоповреждение, наличие ран; ■ инфекционные поражения кожи; ■ трансдермальная доставка водорастворимых веществ; ■ подготовка кожи к повреждающим процедурам и загару; ■ реабилитация после травмирующих процедур, солнечных ванн
Газожидкостной пилинг — бесконтактный метод обработки кожи с помощью нагнетаемых под высоким давлением струй физиологического раствора с кислородом	<ul style="list-style-type: none"> ■ Поверхностный пилинг; ■ антисептическое действие; ■ лимфодренажный эффект, улучшение микроциркуляции; ■ внедрение водорастворимых веществ, в том числе солей, в роговой слой 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Мелкие морщины; ■ расширенные поры; ■ рубцы постакне; ■ сухость и шелушение; ■ гиперпигментация ■ отечность
Низкоинтенсивный электрический ток (микротоковая терапия) — воздействие на кожу модулированными слабыми электрическими импульсами (микроампер) с различными частотными характеристиками	<ul style="list-style-type: none"> ■ Модулирует мембранный потенциал; ■ открывает потенциал-зависимые кальциевые каналы 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Отечность; ■ застойные пятна постакне; ■ целлюлит; ■ подготовка к пилингу, микродермабразии, мезотерапии, микронидлингу; ■ реабилитация после повреждения
Фотобиомодуляция (НИЛИ — низкоинтенсивное лазерное излучение)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Улучшение дыхания кератиноцитов и иммунных клеток эпидермиса через активацию цитохром-С-оксидазы; ■ активация метаболических процессов в клетках; ■ стимуляция процессов пролиферации и созревания кератиноцитов; ■ улучшение иммунного статуса кожи, уменьшение воспаления 	<ul style="list-style-type: none"> ■ «Уставшая» кожа, кожа курильщиков, жителей мегаполисов; ■ реактивная и чувствительная кожа, воспаление; ■ нарушение микроциркуляции, отечность
Малоинвазивные		
Микроигольчатая радиочастотная (RF) терапия	<ul style="list-style-type: none"> ■ Стимуляция обновления клеточного состава эпидермиса через повреждение; ■ выравнивание рогового слоя; уменьшение выраженности поверхностных морщин. <p>Процедура сопровождается выраженным повреждением рогового слоя. Для благоприятного процесса регенерации рекомендуется топическое применение сыворотки EPITHELIUM+</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Морщины, дряблость кожи; ■ нарушения пигментации; ■ отечность; ■ расширенные поры; ■ рубцы постакне

Рис. 9. Результаты применения ламеллярной эмульсии NBE FLACCID SKIN: А — до, Б — после



Рис. 10. Постковидный дерматоз: А — исходное состояние, Б — через 2 дня после применения сыворотки EPITHELIUM+

Белки — основной строительный материал для тканей и органов тела. Помимо структурной, белки выполняют ряд других важных функций — катализируют протекание биохимических реакций, играют ключевую роль в сигнальных системах клеток, а также активно участвуют в иммунном ответе. В организме млекопитающих от 25 до 30% общего белка приходится на коллаген, являющийся основным компонентом внеклеточного матрикса [13].

Разные формы коллагена традиционно использовались для улучшения здоровья кожи, тем не менее, согласно последним клиническим исследованиям, в вопросе биодоступности и эффективности первенство отдается именно пептидам коллагена. Если биодоступность коллагена при приеме внутрь составляет около 50%, то пептиды коллагена могут почти полностью абсорбироваться и утилизироваться организмом [14].

Коллагеновый пептид представляет собой серию низкомолекулярных пептидов, полученных в результате протеолитического гидролиза коллагена. Из-за небольшой молекулярной массы, высокой биодоступности, противовоспалительных и антиоксидантных свойств пептиды коллагена в последние годы рассматриваются в качестве наиболее эффективных антиоксидантов для уменьшения старения кожи.

Реакции с участием свободных радикалов играют важную роль в регуляции клеточного цикла и иммунном ответе на уровне кожи. Однако при их избытке нарушается клеточный цикл деления кератиноцитов, что влияет на состояние

эпидермиса и непосредственно рогового слоя, и, как следствие, возникают нарушения эпидермального барьера. Поэтому очень важно поддерживать свой антиоксидантный статус на должном уровне.

Пептиды коллагена и другие белковые пептиды участвуют в восстановлении эпидермального барьера и замедлении старения кожи посредством трех основных путей.

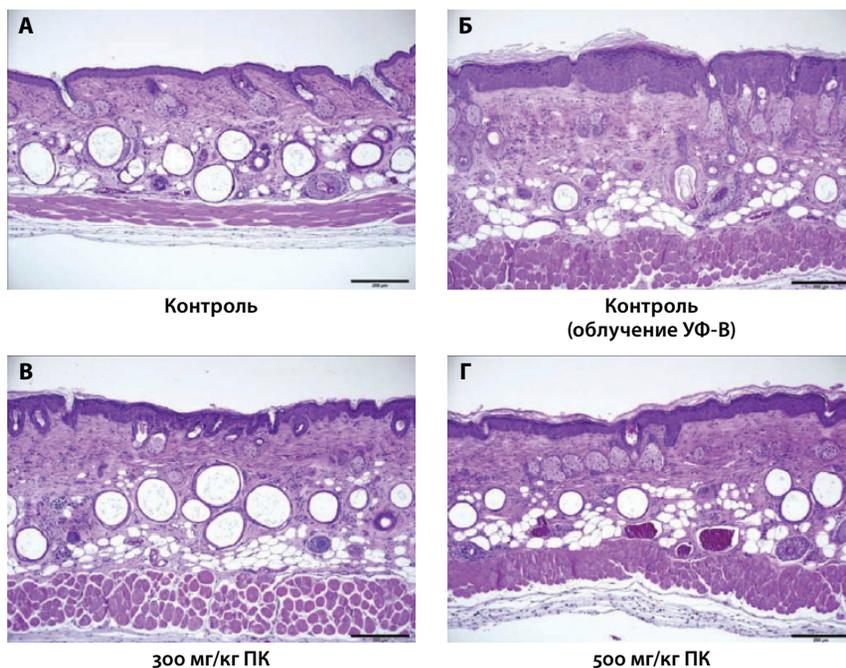
1. Белок или пептид попадает в кровоток после переваривания и всасывания, а затем используется фибробластами кожи в качестве предшественника синтеза коллагена.
2. Пептиды коллагена, проникающие в клетки кожи, оказывают омолаживающее действие, удаляя активные формы кислорода из клеток, защищая эндогенную систему антиоксидантной защиты клеток и уменьшая окислительное повреждение и воспалительные реакции в клетках.
3. Белковые пептиды, проникающие в клетки кожи, способствуют синтезу коллагена и гиалуроновой кислоты, а также оказывают противовоспалительное действие посредством активации сигнальных путей (TGF- β /Smad). Одновременно пептиды предотвращают деградацию коллагеновых волокон кожи, ингибируя экспрессию протеаз, таких как транскрипционный фактор AP-1, матриксные металлопротеиназы MMP-1 и -3.

В **табл. 7** представлены результаты лабораторных и клинических исследований влияния перорального приема пептидов коллагена на состояние кожи.

Таблица 7. Результаты лабораторных и клинических исследований эффектов пептидов коллагена при пероральном приеме

Авторы	Дизайн исследования	Результаты
Kim D.U. и соавт. [15]	Выборка: женщины в возрасте 40–60 лет. Терапевтическая группа: прием низкомолекулярных пептидов коллагена в дозе 1000 мг/день. Контрольная группа: плацебо. Продолжительность 12 нед	Повышение степени гидратации кожи, эластичности, уменьшение выраженности морщин в группе приема пептидов коллагена
Zhang L. и соавт. [16]	Экспериментальные животные: мыши. Воздействие: облучение УФ-А + УФ-В, пероральное введение пептидов коллагена (0,2 мг/кг в день) 2 нед	Повышение устойчивости кожи к фотоповреждению, улучшение состояния кожи
Kang M.C. и соавт. [17]	Экспериментальные животные: бесшерстные мыши. Воздействие: облучение УФ-В, пероральное введение пептидов коллагена в дозе 500, 1000 мг/кг в день; контрольная группа — пероральное введение N-ацетилглюкозамина 1000 мг/кг в день	В группе перорального введения коллагена: <ul style="list-style-type: none"> ■ повышение гидратации кожи; ■ модуляция экспрессии гена гиалуронансинтазы 1, сохранение гиалуроновой кислоты в стабильном состоянии; ■ уменьшение выраженности морщин
Oengenden M. и соавт. [18]	В культуру фибробластов человека внесли пептиды коллагена 2,5 мг/мл (инкубация 1 ч)	Наблюдаемые изменения в культуре клеток свидетельствуют о противовоспалительном, антиоксидантном эффекте, усилении синтеза коллагена I типа, усилении пролиферации клеток
Lee H. и соавт. [19]	В культуру фибробластов человека внесли пептиды коллагена 0, 50, 100, 250, 500 мкг/мл (инкубация 24 ч). Экспериментальным мышам пептиды коллагена вводились перорально в дозе 500 мг/кг в день	1. Снижение синтеза матриксной металлопротеиназы MMP-1, усиление синтеза проколлагена 1-го типа в клетках фибробластов человека (рис. 11). 2. У экспериментальных животных наблюдалось уменьшение формирования морщин, повышение гидратации, снижение ТЭПВ и толщины эпидермиса

Рис. 11. Влияние перорального введения пептидов коллагена (ПК) на процесс утолщения эпидермиса под действием УФ-В у экспериментальных животных. Кожа спины безволосых мышей подвергалась воздействию УФ-В три раза в неделю в течение 12 нед; перорально мышам вводились физиологический раствор (контрольная группа) или пептиды коллагена (терапевтическая группа). В конце эксперимента был проведен гистологический анализ для оценки толщины эпидермиса. А — интактный контрольный образец; Б — контрольный образец после облучения УФ-В; В, Г — образцы кожи мышей, которым перорально вводились пептиды коллагена. В терапевтической группе наблюдалась менее выраженная гиперплазия эпидермиса [19]



Как свидетельствуют результаты исследований, при пероральном приеме пептиды коллагена оказывают широкий спектр эффектов на уровне кожи:

- повышение степени гидратации кожи;
- активизация фибробластов, а также синтеза коллагена, эластина и гиалуроновой кислоты в организме;
- антиоксидантное и противовоспалительное действие;
- поддержание уровня собственного коллагена;
- стимуляция регенерации клеток.

Тем не менее для успешной реализации биологических эффектов пептидов коллагена и других биологически активных веществ крайне важны сбалансированный состав и форма нутрицевтического средства, поскольку от количества и конфигурации веществ зависит их биодоступность и совместимость. На качество пищевой добавки также влияет молекулярный вес активных веществ. Чем ниже молекулярная масса, тем выше «проникающая» способность вещества и тем более эффективно оно усваивается организмом.

Поддержание здоровья кожи изнутри: питьевой коллаген **OM-X®** плюс от Dr. OHHIRA

Японский микробиолог Иширо Оххира (Ichiroh Ohhira) разработал уникальную формулу питьевого коллагена **OM-X®** плюс, в основе которой — комплекс ANTI-AGE TRIO® (коллаген + эластин + гиалуроновая кислота):

- гидролизированный коллаген I, II, III типа морского происхождения (7,75 г в одном флаконе);
- трипептиды коллагена;
- эластин морского происхождения (пептиды эластина с молекулярной массой ≤ 1100 Да);
- 93% гиалуроновая кислота (≤ 150 кДа);
- ферментированный на протяжении 5 лет экстракт ОМ-Х®.

Уже при молекулярной массе 2000 Да коллаген обладает удовлетворительной проникающей способностью. В питьевом коллагене ОМ-Х® плюс молекулярная масса коллагена еще ниже — 1000 Да, в то время как молекулярная масса трипептидов коллагена всего 500 Да.

Трипептиды коллагена являются самой короткой частью белковой цепи коллагена, состоящей из трех спиралевидно закрученных аминокислот. Они легко всасываются через мембрану кишечника в кровеносную систему, разносятся по всему телу и попадают в дерму, где могут находиться до 14 дней.

Трипептиды коллагена и аминокислоты действуют в двух направлениях:

- вместе со свободными аминокислотами становятся строительными блоками в производстве коллагена и эластина;
- стимулируют пролиферацию фибробластов и синтез коллагена и гиалуроновой кислоты.

Входящие в комплекс пептиды эластина необходимы для поддержания структурной целостности микроциркуляторного русла (один из основных белков эндотелия), эластичности кожи и удержания влаги.

Этот японский продукт содержит комплекс мощных антиоксидантов:

- **коэнзим Q₁₀** нейтрализует свободные радикалы, обеспечивает доставку кислорода и выработку энергии клеток, генерирует энергию и повышает толерантность к физическим нагрузкам;
- **витамин С** играет важную роль в процессе синтеза и усвоения коллагена, устраняет свободные радикалы;
- **пчелиное маточное молочко** — сбалансированная натуральная питательная смесь, имеющая оптимальное сочетание микроэлементов, витаминов, органических веществ и аминокислот;
- **сок черники** обладает высокой антиоксидантной способностью, снижает фактор риска сердечных заболеваний, уменьшает повреждение ДНК.

В состав питьевого коллагена ОМ-Х® плюс от Dr. OHNIRA также включен ферментированный в течение 5 лет **пробиотический растительный экстракт ОМ-Х®**, содержащий 12 штаммов пробиотиков (бифидо- и лактобактерий), метабитики (около 500 низкомолекулярных компонентов), а также компоненты 14 видов растений. Комплекс ОМ-Х® в первую очередь нацелен на поддержание здоровья кишечника:

- восстанавливает и укрепляет микробиом;
- улучшает функцию желудочно-кишечного тракта;
- улучшает абсорбцию в кишечнике витаминов, минералов и пептидов коллагена;
- ингибирует активность *Helicobacter pylori*;
- содержит D-аминокислоты.

Таблица 8. Схема применения питьевого жидкого коллагена OM-X® плюс от Dr. OHHIRA в восстановительном периоде после косметологических процедур

Терапия	Время назначения	Курс
Аблятивные аппаратные методы	С 1-го дня после проведения либо за 7 дней до	1–2
Термическая стимуляция синтеза межклеточного матрикса (RF, ВИФУ, лазерная терапия)	С 7-го дня после проведения термического воздействия	1–2
Курсовые физиопроцедуры (RF, УЗ, LED, IPL)	С 1–5-го дня начала курса	2–3
Инъекционные коллагеностимуляторы	С 1-го дня проведения терапии	2–4
Уходовые процедуры	С 1-го дня проведения терапии	2–4
Нитевые технологии	С 1-го дня проведения терапии	1–2

Примечание. RF — radio frequency (радиочастотный), УЗ — ультразвук, LED — light emission diodes (светодиоды), IPL — intensive pulse light.

Питьевой коллаген OM-X® плюс от Dr. OHHIRA может использоваться в реабилитационном периоде после применения аппаратных методов для контроля воспалительной реакции и поддержания синтетической функции на уровне кожи (табл. 8).

Важно отметить, что питьевой жидкий коллаген OM-X® плюс от Dr. OHHIRA® производится не в виде привычных таблеток или капсул, а во флаконах, содержащих по 20 мл продукта (разовая доза).

Схема приема: внутрь по 1 флакону 5 дней после завтрака, затем по 1 флакону 1 раз в 3 дня. Одной упаковки хватает на курс. Рекомендуются 3–4 курса в год.

Заключение

Роговой слой, форпост нашего организма, является биологически активной тканью, выполняющей важную защитную, гомеостатическую и иммуномодулирующую функции. Согласно проведенным исследованиям, нарушение барьерной функции кожи женщин 50+ во многом обусловлено изменением гидролипидной мантии, повышением pH поверхности кожи, изменением количественно-видового состава микробиома кожи, а также ослаблением антиоксидантных систем защиты.

Комплексная корнеотерапия является научно обоснованной высокоэффективной стратегией восстановления эпидермального барьера, коррекции и профилактики возрастных изменений кожи. Комбинация топических средств NANNIC, аппаратных косметологических процедур и перорального приема питьевого коллагена OM-X® плюс от Dr. OHHIRA призвана обеспечить всем необходимым роговой слой для регенерации и укрепления, чтобы он, в свою очередь, смог стоять на защите здоровья кожи.

Литература

1. Almeida H.L., Isaacsson H., Guarenti I.M., et al. Scanning electron microscopy of the collodion membrane from a self-healing collodion baby. An Bras Dermatol 2015; 90(4): 581–584.

2. **Saint-Léger D., François A.M., Lévêque J.L., et al.** Stratum corneum lipids in skin xerosis. *Dermatologica* 1989; 178(3): 151–155.
3. **Volz P., Boreham A., Wolf A., et al.** Application of single molecule fluorescence microscopy to characterize the penetration of a large amphiphilic molecule in the stratum corneum of human skin. *Int J Mol Sci* 2015; 16(4): 6960–6977.
4. **НОВАЯ КОСМЕТОЛОГИЯ.** Основы современной косметологии. 2-е изд. Под общ. ред. Е.И. Эрнандес. М.: «ИД «Косметика и медицина», 2019.
5. **Boireau-Adamezyk E., Baillet-Guffroy A., Stamatias G.N.** Age-dependent changes in stratum corneum barrier function. *Skin Res Technol* 2014; 20(4): 409–415.
6. **Pistone D., Meroni G., Panelli S., et al.** A Journey on the Skin Microbiome: Pitfalls and Opportunities. *Int J Mol Sci* 2021; 22(18): 9846.
7. **Howard B., Bascom C.C., Hu P., et al.** Aging-Associated Changes in the Adult Human Skin Microbiome and the Host Factors that Affect Skin Microbiome Composition. *J Invest Dermatol* 2021; S0022-202X(21)02603–8.
8. **Henry J., Hsu C.Y., Haftek M., et al.** Hornerin is a component of the epidermal cornified cell envelopes. *FASEB J* 2011; 25(5): 1567–1576.
9. **Boireau-Adamezyk E., Baillet-Guffroy A., Stamatias G.N.** The stratum corneum water content and natural moisturization factor composition evolve with age and depend on body site. *Int J Dermatol* 2021; 60(7): 834–839.
10. **Cau L., Pendaries V., Lhuillier E., et al.** Lowering relative humidity level increases epidermal protein deimination and drives human filaggrin breakdown. *J Dermatol Sci* 2017; 86(2): 106–113.
11. **НОВАЯ КОСМЕТОЛОГИЯ.** Аппаратная косметология и физиотерапия. Под общ. ред. Е.И. Эрнандес. М.: ИД «Косметика и медицина», 2019.
12. **Caο C., Xiao Z., Wu Y., Ge C.** Diet and Skin Aging-From the Perspective of Food Nutrition. *Nutrients*. 2020; 12(3): 870.
13. **Nagai T., Suzuki N.** Isolation of collagen from fish waste material-skin, bone and fins. *Food Chem* 2000; 68(3): 277–281.
14. **Wang L., Wang Q., Qian J., et al.** Bioavailability and Bioavailable Forms of Collagen after Oral Administration to Rats. *J Agric Food Chem* 2015; 63(14): 3752–3756.
15. **Kim D.U., Chung H.C., Choi J., et al.** Oral intake of low-molecular-weight collagen peptide improves hydration, elasticity, and wrinkling in human skin: A randomized, double-blind, placebocontrolled study. *Nutrients* 2018; 10(7): 826.
16. **Zhang L., Zheng Y., Cheng X., et al.** The anti-photoaging effect of antioxidant collagen peptides from silver carp (*Hypophthalmichthys molitrix*) skin is preferable to tea polyphenols and casein peptides. *Food Funct* 2017; 8(4): 1698–1707.
17. **Kang M.C., Yumnam S., Kim S.Y.** Oral intake of collagen peptide attenuates ultraviolet B irradiation-induced skin dehydration in vivo by regulating hyaluronic acid synthesis. *Int J Mol Sci* 2018; 19(11): 3551.
18. **Oengenden M., Chakrabarti S., Wu J.** Chicken collagen hydrolysates differentially mediate anti-inflammatory activity and type I collagen synthesis on human dermal fibroblasts. *Food Sci Hum Wellness* 2018; 7(2): 138–147.
19. **Lee H.-J., Jang H.-L., Ahn D.-K., et al.** Orally administered collagen peptide protects against UV-B-induced skin aging through the absorption of dipeptide forms, Gly-Pro and Pro-Hyp. *Biosci Biotechnol Biochem* 2019; 83(6): 1146–1156.

Жабоева С.Л.

Обоснованное использование БТА у молодых пациентов с целью ранней профилактики возрастных изменений

Обоснована и подтверждена клиническими примерами целесообразность ботулинотерапии у молодых пациентов с целью ранней профилактики возрастных изменений. Представлены подходы к профилактической и лечебной коррекции эстетических изменений в разных возрастных группах с учетом особенностей семейного анамнеза. Акцентируется необходимость комплексного обследования пациентов с определенными симптомами и симптомокомплексами, обращающихся к врачу-косметологу.

Ключевые слова: ботулинотерапия, профилактика возрастных изменений, коррекция возрастных изменений

Жабоева

Светлана Леоновна

К.м.н., доцент кафедры профилактической медицины и экологии человека ФПК и ППС ГБОУ ВПО Казанского ГМУ Минздрава РФ, заслуженный врач РТ, главный врач Клиники СЛ, дерматовенеролог, косметолог (Казань)

Как продлить молодость, сохранив активное долголетие? Это основной вопрос, который задают нам пациенты, обнаружившие у себя первые признаки старения — морщины, складки, начинающиеся изменения овала лица. Часто мотивацией обращения молодых людей к врачам-косметологам является желание улучшить свой внешний вид для того, чтобы быть успешными в профессиональной деятельности, устроить личную жизнь и т.д.

Без преувеличения можно сказать, что профилактика инволюционных трансформаций внешности и состояния кожи — чрезвычайно актуальная проблема современной эстетической медицины.

Основные факторы, которые влияют на скорость и тип старения, хорошо известны, это:

- биологический возраст человека;
- генетическая предрасположенность;
- анатомические особенности;
- состояние кожи и выраженность подкожной жировой клетчатки;
- особенности мимических паттернов;
- условия жизни.

При разных обстоятельствах, при разных условиях жизни и разном уходе можно наблюдать различия в скорости инволюционных изменений состояния кожи, что хорошо иллюстрируют примеры близнецов. Вместе с тем понимание особенностей старения различных морфотипов лица позволяет прогнозировать возможные предполагаемые возрастные изменения внешности.



Рис. 1. Деформационный тип старения: мать и дочь



Рис. 2. Усталый тип старения: мать и дочь



Рис. 3. Мелкоморщинистый тип старения: мать и дочь

Учитывая генетически наследуемый характер возрастных изменений, перед составлением плана коррекции необходимо оценить наследственную предрасположенность пациента к тому или иному морфотипу старения. Примеры деформационного, «усталого» и мелкоморщинистого типов старения, по классификации Кольгуненко И.И. [1], представлены на **рис. 1–3**.

Подходы к коррекции в разных возрастных группах (по принципу «дочери-матери»)

ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ДЕФОРМАЦИОННОМУ ТИПУ СТАРЕНИЯ

На **рис. 4** представлены фотографии пациентки-мамы в молодом возрасте (А) и в возрасте 53 лет (выраженный деформационный тип старения) (Б, В). У ее дочери в возрасте 23 лет определяются склонность к выраженности



Рис. 4. Пациентка-мама, 53 года



Рис. 5. Пациентка-дочь К., 23 года

носогубных складок, начинающиеся характерные изменения овала лица (**рис 5**). Немаловажно, что анализ фотографий мамы в молодом возрасте и дочери демонстрирует сходство овалов лица. Понимая, как именно будет происходить старение, может ли врач-косметолог помочь молодой пациентке предотвратить грядущие изменения внешности?

Ориентируясь на общие закономерности, свойственные деформационному типу старения, и на индивидуальные характеристики внешности пациенток в разных возрастах, можно прогнозировать у молодой пациентки характерное смещение жировых пакетов, паттерн мимической активности, скорость появления морщин. И хотя в этом возрасте достаточно сложно определить наследуемый тип старения, тем не менее можно оценить предпосылки изменения внешности:

- выраженная мышечная масса;
- выраженная подкожная жировая клетчатка;
- нечеткий овал лица;
- наличие грыж верхнего и нижнего века (определяется пальпаторно);
- возможное смещение жировых пакетов;
- склонность к отекам.

Чем же объясняется изменение овала лица? С помощью простых стандартных диагностических приемов можно выявить повышенную мимическую активность, свидетельствующую о явном гипертонусе мышц нижней трети лица у данной пациентки.

Поэтому коррекция возрастных изменений, особенно их профилактика, требует комплексного подхода с обязательным включением ботулинотерапии [2–4].

Не дожидаясь дальнейшего развития генетически обусловленных деформаций лица у пациентки-дочери, можно выработать тактику профилактической антивозрастной коррекции, направленной на улучшение внешнего вида:

- изменение мимической активности (работа с мышцами нижней трети лица);
- улучшение качества кожи;
- удержание полученного лифтинга при помощи нитевых методов, например использование нитей Aptos Visage.

Подход к коррекции имеющихся возрастных изменений у пациентки-мамы 53 лет совершенно иной. Здесь необходим больший объем вмешательств, включая хирургические методы. Лечение таких пациентов предполагает взаимодействие косметолога с пластическим хирургом.

В случае выбора консервативных и малоинвазивных методов косметической коррекции, направленных на устранение избыточного объема жировой ткани в нижней трети лица и других возрастных изменений, могут быть рекомендованы и применены:

- RF-технология омоложения;
- инъекционная липосакция нижней трети лица;
- нитевой лифтинг Аптос Needle 2G и Thread 2 G;
- объемная контурная пластика.

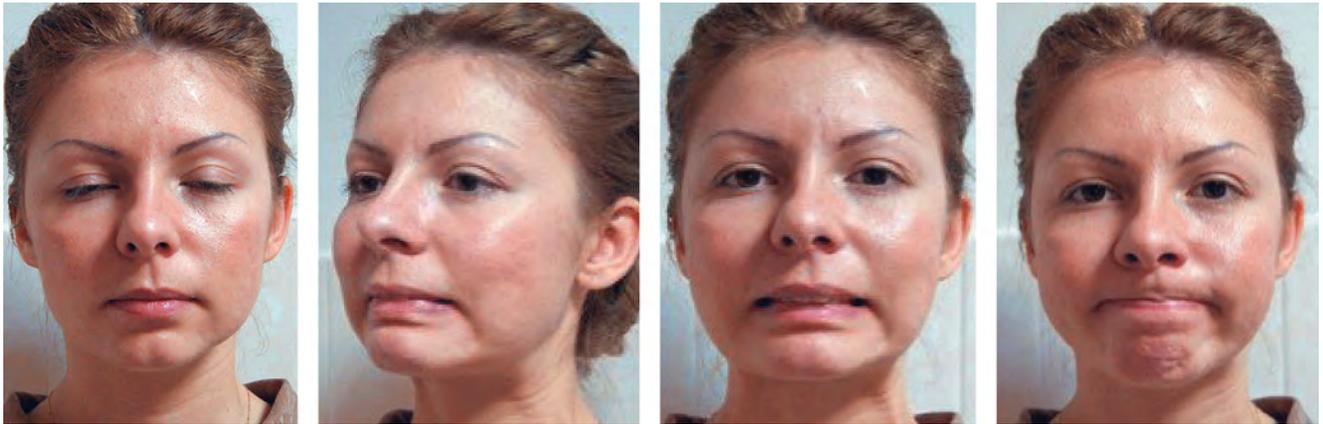


Рис. 6. Пациентка-дочь К., 24 года. До коррекции

Клинический пример

Пациентка К., 24 года. Диагноз: комбинированный тип старения. Птоз 1-й степени. Гипертонус мышц нижней трети лица. Жирный тип кожи. Рубцы по-стакне (**рис. 6**).

Метод коррекции: профилактическая ботулинотерапия, фракционный лазерный термолиз.

Цель коррекции: снижение гипертонуса мышц нижней трети лица.

Выполнено:

инъекции аботулотоксина А (Диспорт®) в *m. depressor anguli oris* (DAO) по 4 ЕД, *m. mentalis* 4 ЕД, *m. platysma* 20 ЕД;

фракционный лазерный термолиз с использованием CO₂-лазера DROT ДЕКА — через 7 мес после ботулинотерапии;

через 3 нед — ботулинотерапия по ранее примененной схеме.

Результат: положительный эстетический эффект (**рис. 7**).

ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К УСТАЛОМУ ТИПУ СТАРЕНИЯ

При усталом типе старения лица уже в молодом возрасте на первый план выходят выраженные деформационные изменения средней трети лица:

- смещение жировых пакетов;
- нарушение микроциркуляции;
- уменьшение толщины подкожно-жировой клетчатки и связанное с этим уменьшение объемов лица.



Рис. 7. Пациентка-дочь К., 24 года. После коррекции



Рис. 8. Пациентка-дочь С., 33 лет. Усталый тип старения. До первого курса ботулинотерапии

У пациентки-дочери С. 33 лет признаки старения по усталому типу проявляются в том, что отчетливо видны изменения лица, связанные с нарушением лимфодренажной функции и дефицитом мягких тканей в средней зоне (**рис. 8**). Кроме того, отмечается гипертонус мышц нижней трети лица, что влечет за собой раннее изменение овала лица.

Клинический пример

Пациентка С., 33 лет. Диагноз: усталый тип старения. Птоз 1-й степени. Слезощечные, носогубные и губоподбородочные складки 1-й степени. Мимические морщины области лба, межбровья и области век. Гипертонус мышц нижней трети лица. Комбинированный тип кожи. Обезвоженность кожи 1–2-й степени.

Метод коррекции: профилактическая ботулинотерапия.

Цель коррекции: снижение гипертонуса мышц нижней трети лица и улучшение качества кожи.

Выполнено: инъекции аботулоксина А (Диспорт®) в *m.DAO* по 8 ЕД, *m. platysma* 60 ЕД, *m. frontalis* 8 ЕД, *m. corrugator* по 8 ЕД, *m. procerus* 10 ЕД и в/к в *m.orbicularis oculi* по 5 ЕД в разведении мезодиспорт (**рис. 8**).

Результат: получен хороший эстетический эффект, проявившийся уже после 1 мес комплексного лечения и оцененный пациенткой положительно.

Поддерживающая терапия: процедуры ботулинотерапии проводились регулярно с интервалом 5–7 мес на протяжении последующих лет. С целью фиксации полученного лифтинга нижнечелюстной зоны выполнено армирование нитями Aptos Visage (**рис. 9, 10**).



Рис. 9. Пациентка-дочь С., 33 лет. После регулярных профилактических инъекций ботулоксина: 2010 г. (А), 2013 г. (Б), 2015 г. (В)

Как и в предыдущем клиническом примере, тактика эстетической коррекции значительно отличается в зависимости от возраста. Для пациентки-дочери коррекция была направлена на профилактику возрастных изменений с помощью, в первую очередь, ботулинотерапии и затем нитевого лифтинга. Регулярное, в течение нескольких лет, проведение данной пациентке инъекций ботулотоксина позволило «выключить» гипертонус нижней трети и предотвратило прогнозируемое структурное изменение лица. Достигнутый положительный эстетический эффект закреплён при помощи нитевого лифтинга Aptos.



Рис. 10. Пациентка-дочь С., 33 лет. После поддерживающей ботулинотерапии и армирования нитями Aptos Visage 2010 (А), 2015 (Б)

Таким образом, профилактические мероприятия снижают скорость старения нижней трети лица и предотвращают видимые изменения овала лица. Но в любом случае длительное наблюдение за пациенткой позволяет прогнозировать, что она будет выглядеть моложе своей матери, когда достигнет ее возраста.

Наш клинический опыт показывает, что у пациентов с усталым типом старения коррекция мышц-депрессоров методом ботулинотерапии дает эффективный результат и длительную сохранность средней зоны лица.

У пациентки-мамы 54 лет перечисленные выше признаки усталого типа сочетаются с наличием выраженной подкожно-жировой клетчатки (рис. 11 А, Б). Для адекватной коррекции возрастных изменений в данном случае нужен широкий набор более сложных и дорогостоящих методов:

- блефаропластика;
- RF-лифтинг;
- лазерные шлифовки и т.д.

К тому же ботулинотерапия в этом случае не всегда является методом выбора, потому что при наличии выраженной подкожно-жировой клетчатки невозможно получить эффект от коррекции нижней трети лица ботулотоксином.

Клинический пример

Пациентка-мама С., 54 лет. Диагноз: усталый тип старения. Птоз 2–3-й степени. Выраженные мимические и статические морщины области лба, межбровья, век. Слезощечные, носогубные и губоподбородочные складки

ОТМЕТИМ, ЧТО ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ТРЕБУЮТ МЕНЬШИХ МАТЕРИАЛЬНЫХ ЗАТРАТ, ЧЕМ ПОЛНОЦЕННАЯ КОРРЕКЦИЯ НАСТУПИВШИХ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ. ОЧЕНЬ ВАЖНО ОБЪЯСНИТЬ МОЛОДЫМ ПАЦИЕНТАМ, ЧТО РАННЕЕ НАЗНАЧЕНИЕ БОТУЛИНОТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРТОНУСА НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА ПРЕДОТВРАТИТ ВОЗМОЖНЫЕ ФИНАНСОВЫЕ ПОТЕРИ, СВЯЗАННЫЕ С КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИЕЙ В ПОСЛЕДУЮЩЕМ.



Рис. 11. Пациентка-мама С., 54 лет, до коррекции (А, Б) и после комбинированной коррекции (В, Г)

РАБОТА С ПАЦИЕНТАМИ ТРЕБУЕТ СЕМЕЙНОГО АНАЛИЗА ОСОБЕННОСТЕЙ ИЗМЕНЕНИЯ ВНЕШНОСТИ У МАТЕРЕЙ И ДОЧЕРЕЙ. РАЗБОР С МОЛОДЫМИ ПАЦИЕНТКАМИ ПРОГНОЗИРУЕМЫХ ВНЕШНИХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ВНЕШНОСТИ ИХ МАТЕРЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ВРАЧУ-КОСМЕТОЛОГУ БЫТЬ БОЛЕЕ УБЕДИТЕЛЬНЫМ И ОБОСНОВАТЬ ВЫПОЛНЕНИЕ НЕОБХОДИМОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, БОТУЛОТОКСИНОМ.

1–2-й степени. Блефаростеарон. Птоз верхних век. Липодистрофия подбородочной области. Сухой тип кожи. Вторичная гиперпигментация (рис. 11 А, Б).

Метод коррекции: комбинированный.

Цель коррекции: устранение птоза верхних век, уменьшение возрастных изменений и улучшение качества кожи в области лица.

Выполнено:

- 1) блефаропластика верхних и нижних век;
- 2) радиочастотная липосакция с одновременным RF-лифтингом Face Tite субментальной области;
- 3) фракционный лазерный термолиз с использованием CO₂-лазера DROT DEKA;
- 4) через 3 нед — ботулинотерапия: инъекции аботулоботоксина А (Диспорт®) в области лба, межбровья и век.

Результат: получен положительный эстетический и клинический эффект (рис. 11 В, Г).

ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К МЕЛКОМОРЩИНИСТОМУ ТИПУ СТАРЕНИЯ

Пациенты с мелкоморщинистым типом старения в молодом возрасте, как правило, отличаются красивой тонкой кожей и хорошо выглядят по сравнению со своими сверстницами, имеющими другие типы старения. Однако они раньше отмечают образование выраженных морщин как мимических, так и статических на фоне сухой обезвоженной кожи.

Морщины и складки образуются, в первую очередь, в области век, щечной и периоральной областях. Поэтому коррекцию «морщин улыбки» у этих пациентов нужно начинать уже в молодом возрасте. Помимо увлажнения кожи с помощью активных гидратирующих процедур, необходимо ограничить активную мимику, проводить профилактику образования статических морщин в молодом возрасте. Эффективное увлажнение достигается применением курсов биоревитализирующей мезотерапии или биоармирования. В зависимости от индивидуальных особенностей пациента, качества кожи и мимической активности возможно применение монометодов или их сочетания.



Рис. 12. Пациентка Р., 36 лет. До (А), через 2,5 мес (В) и через 4 мес после коррекции (С)

Клинический пример

Пациентка Р., 36 лет. Диагноз: мелкоморщинистый тип старения. Птоз 0–1-й степени. Мимические и статические морщины области лба, межбровья, век, области губ и щек. Слезощечные и носогубные складки 0–1-й степени. Сухой тип кожи. Обезвоженность 1–2-й степени. Вторичная гиперпигментация (**рис. 12А**).

Цель коррекции: улучшение качества кожи, выравнивание овала лица, профилактика дальнейших возрастных изменений.

Выполнено:

- 1) курс поверхностных гликолевых пилингов Eromi — 6 процедур с интервалом 7–10 дней в сочетании с биостимуляцией (6 мезотерапевтических инъекций препаратом Skin B);
- 2) ботулинотерапия — через 1 нед после последней процедуры пилинга и мезотерапии. Инъекции аботулотоксина А (Диспорт®) в *m. frontalis* 16 ЕД, *m. corrugator* по 10 ЕД, *m. procerus* 10 ЕД, в *m. orbicularis oculi* по 15 ЕД, в *m. orbicularis oris* в области верхней губы 4 ЕД и в/к в *m. risorius* по 8 ЕД в разведении мезодиспорт;
- 3) армирование щечной области, контура и области верхней губы препаратами нестабилизированной ГК 18 мг/мл, объем 3 мл — через 1 мес после ботулинотерапии.

Результат: через 2,5 мес мы констатировали улучшение внешнего вида и овала лица за счет улучшения цвета и тонаса кожи (**рис. 12Б**).

Через 4 мес после армирования уменьшились глубина морщин и складок и отмечалось дальнейшее улучшение цвета и качества кожи (**рис. 12В**). Пациентка и врач довольны результатами коррекции. Для сравнения характера возрастных изменений внешности на **рис. 13** представлена мама пациентки Р.



Рис. 13. Мама пациентки Р.

Некоторые организационные профилактические аспекты работы с молодыми пациентами

Занимаясь профилактикой возрастных эстетических изменений, необходимо обращать внимание пациентов на то, что изменения внешнего вида однозначно связаны с общим состоянием организма, тем более что порой молодые люди об этом не думают. Поэтому в комплексном подходе к лечению наших пациентов профилактическое звено является важнейшим.

И если пациенты жалуются, к примеру, на выпадение волос на голове и в области бровей, сухость и шелушение кожи, ее бледность, гирсутизм, пастозность лица, врач-косметолог, прежде чем приступить к коррекции усталого типа лица или к лечению волос, должен рекомендовать этим пациентам комплексное обследование у врачей других специальностей. Пациенты с подобными жалобами долгое время не обращаются в амбулаторно-поликлиническую сеть и даже слабость, характерную для этих состояний, лечат модными инъекциями или БАД.

Обследование пациента, консультация с терапевтом, эндокринологом и другими специалистами обязательны и при наличии различных высыпаний, аллергических реакций, угревой сыпи, розацеа, синдрома обвислой кожи, «звездочек». Часто пациенты с этими нозологическими формами не объединяют имеющиеся у них эстетические проблемы в единое целое с проблемами, связанными со здоровьем и физическим состоянием. В то же время при обследовании у них выявляются хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, сахарный диабет 2-го типа и другие заболевания, являющиеся первопричиной эстетических нарушений [5].

Совершенствуя организационные аспекты профилактической антивозрастной медицинской деятельности, мы разработали и внедрили стандартизацию сервисной составляющей первичного врачебного приема врача-косметолога при обращении пациента с целью уменьшения возрастных изменений [6]. Внедрение соответствующего алгоритма улучшило не только медицинские, но и коммерческие составляющие деятельности врачей-косметологов, повысило удовлетворенность пациентов и частоту принятия ими лечения. Так, количество неполных осмотров уменьшилось на 19,6%, количество сокращенных по времени осмотров — на 52,2%, уровень принятия лечения повысился на 58%.

В рамках этой работы [7] мы проанализировали причины обращений пациентов в нашу клинику и создали стандарты обязательного обследования при часто встречающихся состояниях. Это привело, уже в течение первого года, к положительной динамике выявляемости таких серьезных соматических заболеваний, как:

- сахарный диабет (+11%);
- артериальная гипертензия (+6%);
- хроническая венозная недостаточность (+32,2%).

ВНИМАТЕЛЬНЫЙ
ПОДХОД К СОСТОЯНИЮ
ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА,
ПРИВЛЕЧЕНИЕ ПРИ
НЕОБХОДИМОСТИ
ВРАЧЕЙ ДРУГИХ
МЕДИЦИНСКИХ
СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ
ДАДУТ ВОЗМОЖНОСТЬ
НАЗНАЧИТЬ
ПРАВИЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
И, В КОНЕЧНОМ ИТОГЕ,
УЛУЧШИТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ
ЭСТЕТИЧЕСКОЙ
КОРРЕКЦИИ.

Необходимо отметить, что все обследованные пациенты ранее считали себя «относительно здоровыми». Оказалось, что среди пациентов, которые жаловались на выпадение волос, более 24,2% страдали гипотиреозом, при этом о своем диагнозе знали лишь 4,6 % пациентов. Среди пациентов с жалобами на сухость кожи и губ 36,2% страдали сахарным диабетом 2-го типа, при этом ранее диагноз был установлен только 12,9% пациентам.

Следовательно, многие пациенты при обращении за медицинской косметической помощью уже имели соматическую патологию, причем в 44,3% случаев не диагностированную ранее. По нашим данным, среди ведущих причин этого явления следует отметить, %:

- отсутствие подозрения на общность эстетических проблем с наличием соматического заболевания (67,2);
- нежелание посещать государственные поликлиники с целью диагностики и лечения (53,5);
- нехватка времени (34,0).

Заключение

Ранняя профилактика возрастных изменений у молодых пациентов имеет ряд преимуществ:

- возможность использования щадящих малоинвазивных методов (ботулинотерапия, контурная пластика);
- сокращение времени возможной реабилитации и меньший риск развития нежелательных явлений и осложнений;
- пролонгация сохранения привлекательного внешнего вида;
- более молодежавый вид в сравнении со сверстниками;
- экономичность затрат на профилактические мероприятия в сравнении с затратами на полноценную коррекцию наступивших возрастных изменений.

Работа с пациентами в семейном плане позволяет представить молодым людям прогноз возрастных изменений их внешности и обосновать выполнение профилактической антиэйджинговой коррекции.

Литература

1. **Кольгуненко И.И.** Основы геронтокосметологии. М.: Медицина, 1974.
2. **Жабоева С.Л., Орлова О.Р.** Стандарт проведения ботулинотерапии с применением препарата «Диспорт®» (аботулоботоксин типа А, ботулинический нейротоксин) для устранения избыточной активности мимических мышц в комплексной программе омоложения. *Метаморфозы* 2016; 16: 90–94.
3. Международные рекомендации по использованию аботулоботоксина А (Диспорт®) в эстетической медицине. Комментарии экспертов Российского совета, 2016. Интернет-ресурс: <http://www.botulin.ru/upload/iblock.pdf>.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД,
ОБЪЕДИНИВШИЙ
СТАНДАРТИЗАЦИЮ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО
ОБСЛЕДОВАНИЯ,
ЛЕЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ
СОМАТИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ
И МЕДИЦИНСКУЮ
ЭСТЕТИЧЕСКУЮ
КОРРЕКЦИЮ
ВОЗРАСТНЫХ
ИЗМЕНЕНИЙ
С ПОМОЩЬЮ
СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ
ЛЕЧЕНИЯ, ВКЛЮЧАЯ
СТИМУЛЯЦИОННЫЕ
И ЛИФТИНГ-
ТЕХНОЛОГИИ, ПОЗВОЛИЛ
УЛУЧШИТЬ КАЧЕСТВО
И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ
КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ, ЧТО
ПОДТВЕРЖДЕНО
РЕЗУЛЬТАТАМИ ОЦЕНКИ
УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ
ПАЦИЕНТОВ.

4. Применение препарата «Диспорт®» (ботулинический токсин типа А) для лечения локального мышечного гипертонуса при фокальных дистониях, спастичности и других мышечно-тонических синдромах. Вестник ботулинотерапии МООСБТ. Метаморфозы 2015; 10: 2–1.
5. **Шеметова Г.Н., Беляева Ю.Н., Красникова Н.В., Губанова Г.В., Рябошапко А.И.** Профилактическая работа терапевта: формирование компетенций. Фундаментальные исследования 2014; 7(1): 166–169.
6. **Жабоева С.Л., Полев А.В., Процаев К.И., Ильницкий А.Н.** Стандартизация сервисной составляющей первичного врачебного осмотра как способ повышения качества антиэйджинговой услуги. Современные проблемы науки и образования 2014; 4: 266.
7. **Жабоева С.Л., Полев А.В., Крулевский В.А., Губарев Ю.Д., Горелик С.Г., Кветной И.М.** Современные программы обследования в антивозрастной медицине. Фундаментальные исследования 2015; 1–3: 504–507.

**Материалы
Всероссийского экспертного форума**

**«ТРЕНДЫ
В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ»**

Бычкова Н.Ю., Замараева Д.Д.

Патология пигментации, протоколы лечения сочетанных методик, современные пошаговые алгоритмы для получения стабильного, быстрого результата

Бычкова

Наталья Юрьевна

К.м.н., ФГБОУ ВО ИГМА
Минздрава России, главный
внештатный специалист МЗ УР
по косметологии, Президент
Ассоциации «Секция
эстетической медицины»,
директор Многопрофильной
клиники Молодость, Ижевск

Замараева

Дарина Дмитриевна

Студент 6 курса, лечебный
факультет, Ижевская
государственная медицинская
академия, Ижевск

Нарушения пигментации кожи (дисхромии) являются актуальной проблемой, их удельный вес составляет около 10% среди всех обращений к косметологам [2]. Врожденная пигментация контролируется генотипом; приобретенная — определяется воздействием внешних или внутренних факторов (инсоляция, облучение, гормональный статус, недостаток или избыток витаминов и микроэлементов, вредные привычки), а также сопровождается некоторыми заболеваниями [4, 9, 13]. Меланогенез является одним из ключевых процессов гомеостаза, который регулируется гормонами гипофиза, гипоталамуса, коры надпочечников, мужских и женских половых желез, а также ультрафиолетовым излучением и ацетилхолином [2, 11].

В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), нарушения пигментации относятся к классу «Болезни кожи и подкожной клетчатки (L00-L99)», включены в блок «Другие болезни кожи и подкожной клетчатки (L80-L99)», в пункт «Другие нарушения пигментации (L81)» (табл. 1).

Нарушения пигментации кожи (дисхромии) группируют по различным признакам: по происхождению — врожденные и приобретенные, первичные и вторичные; по распространенности — локализованные и генерализованные; по интенсивности окраски — гипер-, гипо- и ахромии. По площади поражения выделяют генерализованную диффузную, генерализованную сетчатую и ограниченную дисхромии [10, 16]. При нарушении синтеза только меланина принято использовать термин «меланозы». Различные клинические варианты нарушения меланообразования в сторону усиления окраски кожи называют гипермеланозами. По механизму избыточного образования меланина выделяют меланоцитарный тип, обусловленный увеличением числа меланоцитов (меланоцитарный гипермеланоз), и меланиновый тип, возникающий при избыточной продукции

Таблица 1. Нарушения пигментации в соответствии с МКБ-10

Другие нарушения пигментации (L81)	
L81.0	Послевоспалительная гиперпигментация
L81.1	Хлоазма
L81.2	Веснушки
L81.3	Кофейные пятна [cafe au lait spots]
L81.4	Другая меланиновая гиперпигментация <i>Лентиго</i>
L81.5	Лейкодерма, не классифицированная в других рубриках
L81.6	Другие нарушения, связанные с уменьшением образования меланина
L81.7	Пигментированный красный дерматоз <i>Ангиома ползучая</i>
L81.8	Другие уточненные нарушения пигментации <i>Пигментация железом</i> <i>Татуировочная пигментация</i>
L81.9	Нарушение пигментации неуточненное

меланина меланоцитами (меланотический гипермеланоз), часто наблюдаемый при поствоспалительной гиперпигментации. [1, 10, 19].

Поствоспалительная гиперпигментация (ПВГ), или поствоспалительный гипермеланоз, — часто встречаемое в практике врача состояние, характеризующееся увеличением продукции и депонирования меланина после воспалительного процесса в коже (механическая травма, акне, трение, раздражающий дерматит, экзематозный дерматит, простой хронический лишай, псориаз, розовый лишай, фиксированная токсидермия, плоский лишай, герпетиформный дерматит, lupus erythematosus и др.). Она может возникнуть в результате лазерной терапии, дермабразии, криотерапии, химических пилингов.

Процесс меланогенеза и работа меланогенной системы в последние годы активно изучаются. Помимо общеизвестной функции оптической защиты, меланины ингибируют в клетках вредные для них свободнорадикальные реакции, защищают чувствительные клеточные структуры от гиперинсоляции, УФ, рентгеновского и гамма-излучения. Роль «биологического сита» обусловлена легкостью взаимодействия большого количества функционально активных групп меланина с прооксидантными ионами металлов, цитотоксическими фармакологическими веществами, свободнорадикальными продуктами перекисного окисления липидов и является универсальной как в доступных, так и недоступных действию света органах. Меланин сорбирует, хелатирует тяжелые металлы, резко ограничивая их каталитическую и токсическую активность, захватывает также разнообразные электрофильные токсические продукты, метаболиты, фармакологические препараты [4, 6, 9, 11]. Есть основание считать, что меланоциты влияют на функцию центральной нервной системы. Изменение содержания меланина в органах и тканях может приводить к таким патологиям, как болезнь Паркинсона, витилиго, альбинизм и др. [9].

Таким образом, меланогенная система связана не только с кожей: меланогенез относится к важным гомеостатическим процессам организма, а меланоциты —

к одной из разновидностей клеток, которые принимают в этом непосредственное участие [6, 11, 14].

Естественным стимулятором функциональной активности меланоцитов является ультрафиолет. При его воздействии на кожу происходит резкое усиление отростчатости меланоцитов, повышение выработки ими меланина, что ведет к его накоплению в клетке с последующей передачей кератиноцитам для защиты от воздействия УФО. Активация меланогенеза под влиянием ультрафиолетовых лучей связана с ликвидацией блока тирозиназы, которая ингибирована глутатионом и пептидазами. Разрушение глутатиона и пептидаз осуществляется лизосомальными ферментами, которые выходят из поврежденных ультрафиолетом лизосом. Ультрафиолетовые лучи стимулируют меланоциты как непосредственно, что можно выявить в культуре, так и опосредованно, через кератиноциты: под влиянием ультрафиолета происходит усиление выработки кератиноцитами щелочного фактора роста фибробластов, который активирует меланоциты [7].

На генетическом уровне работа меланогенной системы контролируется деятельностью около 130 генов, расположенных в 45 различных локусах 16–20 пар хромосом. В настоящее время установлено существование меланоцитоспецифических генов, функциональная активность которых в различной степени связана с меланогенезом. На интенсивность этого процесса влияет прежде всего центральная нервная система. Это действие осуществляется опосредованно через гипоталамус и аденогипофиз при помощи альфа-меланоцитстимулирующего гормона (МСГ) и непосредственно в самом меланоците. МСГ способен активировать тирозиназу, этот его эффект также осуществляется через усиление образования в меланоцитах цАМФ. Выработка МСГ контролируется гипоталамусом, который вырабатывает МСГ-статины и МСГ-либерины [2, 13].

Гиперпигментация может проявиться в любом возрасте, однако ее относят к характерным признакам преждевременного старения. Для ее успешного устранения и профилактики необходима своевременная диагностика. В дерматокосметологической практике используют дерматоскопию, сиаскопию, лампу Вуда. При подозрении на озлокачествление процесса применяют гистологический метод с использованием специфических маркеров [4, 5, 6].

Пациент с гипермеланозом — это сложный пациент. Не всегда комплексное обследование является информативным, а исключение вероятных триггеров иногда не приводит к желаемому результату.

Основные терапевтические мероприятия включают наружную терапию (препараты, уменьшающие выработку меланина, отшелушивающие и «отбеливающие» препараты), мезотерапию, эксфолиацию (пилинги, дермабразия, броссаж), физиотерапию (криотерапию, лекарственный форец), фототерапию (импульсные лазеры на красителях, лазеры на парах меди, неодимовый лазер, эрбиевый лазер, светоимпульсную терапию IPL) [2, 10, 16]. Обязательно постоянное использование солнцезащитных средств — как барьерной защиты (ношение закрытой одежды, очков, широкополых шляп), так и специальных фотопротекторов в виде крема, спрея или эмульсии, содержащих фильтры и экра-

ны с высокой степенью фотозащиты. С целью камуфлирования участков гиперпигментации используют декоративные косметические средства [1].

За рубежом при лечении дисхромий придерживаются схемы терапии, состоящей из двух линий [20]. Согласно данной схеме, к первой линии относится «тройная» топическая терапия, включающая в себя гидрохинон, топические ретиноиды, топические стероиды. Топические средства, такие как сульфат цинка, арбутин, азелаиновая кислота, койевая кислота, являются дополнительными, часто включаются в состав космецевтических средств. Методами второй линии являются химические пилинги в комбинации с топическими средствами (пилинг с салициловой кислотой, гликолевый пилинг); лазерная терапия рассматривается авторами как дополнительный метод (табл. 2).

Таблица 2. Лечение гипермеланозов [25]

Лечение	1 линия терапии	2 линия терапии
Основные препараты	гидрохинон топические ретиноиды топические стероиды	химические пилинги в комбинации с топическими средствами (пилинг с салициловой кислотой, гликолевый пилинг)
Дополнительные средства	сульфат цинка арбутин азелаиновая кислота койевая кислота	лазерная терапия

Ведение больных с нарушениями пигментации проходит в нескольких направлениях.

1. Осветление или устранение очагов дисхромий, которые производятся хирургическими, физическими и инъекционными методами.
2. Маскировка с использованием наружных средств, выравнивающих цвет кожи, или процедура перманентного макияжа.
3. Профилактика и фотодесенсибилизация (Витамин В, провитамин А, сорбенты, противомаларийные препараты), устранение провоцирующих факторов.

Наиболее дискуссионным вопросом является применение фотосенсибилизаторов в лечении поствоспалительных гипермеланозов в силу отсутствия систематизированных и обоснованных рекомендаций.

В ряде случаев попытки специалиста решить проблему пациента провоцируют усиление пигментации (рис. 1А, Б). Это объяснимо: нередко появлению очагов гипермеланоза предшествует воспаление, и травматизация вызывает дополнитель-



Рис. 1. А — появление более интенсивных участков гиперпигментации и зон ахромии после фракционного фототермолиза; **Б** — усиление выраженности гиперпигментации после 20% ТСА

Рис. 2. Усиление выраженности гипермеланоза после лазерного воздействия с целью коррекции участка гиперпигментации: А — до; Б — после



ную активацию меланоцитов, нередко с более глубоким, дермальным отложением пигмента. После непродолжительного улучшения зоны поражения становятся более темными, приобретают четкие границы (**рис. 2А, Б**). И не всегда это обусловлено тем, что пациент пренебрегает рекомендациями врача. Как известно, усиление пигментации наблюдается даже при отсутствии воздействия ультрафиолета (потемнение кожи в местах наложения грелки, при потертостях, после регресса кожных высыпаний).

На практике у пациента не всегда возможно выявить ведущий фактор патогенеза, и он не всегда контролируем. Наиболее четко по анамнезу можно предположить дисгормональные изменения, связанные с беременностью или применением пероральных контрацептивов. Но к моменту обращения этот фактор уже не является актуальным, а обследование, проведенное после обращения, не выявляет изменений в гормональном профиле. Часто пациент указывает на гиперинсоляцию в прошлом как на причину манифестации дисхромии, которая приобретает хроническое течение с ухудшением в весенне-летний период. И попытки самостоятельно контролировать этот процесс оказываются малоэффективными. Недостаточная информированность о возможностях и оптимальной тактике лечения гиперпигментаций часто приводит к нерациональной терапии, может усугубить существующий дефект, вызвать разочарование и неверие в реальность решения этой проблемы.

Применение новых методов лечения дает новые возможности. К сожалению, не все применяемые способы терапии доказали свою эффективность и безопасность и имеют зарегистрированные показания для лечения дисхромий. В условиях отсутствия стандартов терапии лечение с использованием малоизученных препаратов или оборудования не только не обеспечивает эффективности лечения пациента, но и не гарантирует правовую безопасность врача. Оптимальным является сочетанное использование зарегистрированных современных световых фото- и лазерных систем и препаратов, которые обладают комплексным регулирующим действием на процесс меланогенеза.

На настоящее время наибольшим эффектом обладает лазеротерпия. Метод основан на явлении фототермолиза — способности пигментных клеток поглощать энергию лазерного луча, что впоследствии приводит к их деструкции, обеспечивая регресс очага гипермеланоза. Существует еще один способ воздействия на очаг гиперпигментации — это фотоомоложение, или селективный

фототермолиз. В большей степени он стимулирует процессы омоложения кожи, но в том числе приводит к разрушению меланинсодержащих структур.

Преимущества лазеров для удаления пигментации:

- отсутствие ограничений по фототипу кожи;
- возможность лечения глубоко залегающих пигментных новообразований;
- контроль параметров импульса с учетом особенностей пигментации кожи пациента;
- исключение риска послепроцедурной гиперпигментации;
- невозможность механического или термического повреждения кожи;
- отсутствие риска рубцевания кожи;
- перед процедурой не требуется анестезия.

Однако возможно усиление пигментации очага и эктопия эпидермальных меланоцитов вследствие неверно выбранных параметров воздействия. Самая современная лазерная система для удаления пигментированных новообразований использует в качестве источника излучения Q-Switched Nd:YAG, способный излучать две разные длины волн: 532 нм (зеленый свет) и 1064 нм (инфракрасный свет). Короткоимпульсный неодимовый лазер генерирует чрезвычайно мощный импульс в сжатый промежуток времени (до 6 наносекунд), что позволяет сосредоточить термальный эффект исключительно на цели — пигменте меланине, максимально защитив окружающие ткани от повреждения.

Технологии, использующие интенсивный импульсный свет (IPL), получили широкое распространение в эстетической медицине. Популярность этих технологий выросла благодаря простоте, невысокой стоимости и комплексности воздействия, что позволяет проводить процедуры при различных видах сосудистых и пигментных поражений кожи. Широкий спектр IPL охватывает видимую и ближнюю инфракрасную область спектра и может быть легко настроен для специфического применения, что достигается использованием различных фильтров и выбором оптимальных параметров ламп. Такой спектр IPL можно применять для лечения пигментных поражений кожи с различной степенью агрессивности воздействия. Имеется множество различных пиков поглощения гемоглобина, а проникающая способность достигает нескольких миллиметров при более длинных волнах. Другим преимуществом IPL-технологии является вариабельность длительности импульса, которая меняется в относительно широком диапазоне от нескольких миллисекунд до нескольких сотен миллисекунд. Энергия может быть доставлена в виде одиночного импульса или последовательности импульсов. Недостатками данной методики, особенно в случае монотерапии на аппаратах первых поколений, является усиление выраженности пигментации.

Современные установки для IPL-терапии, в частности насадка Lutessa, генерируют интенсивный свет с чрезвычайно высокой пиковой мощностью (3000 Вт) и очень короткой продолжительностью импульса (2–30 мс). В качестве источника IPL в насадке Lutessa используется специальная ксеноновая лампа, генерирующая широкополосное излучение, в котором до 40% энергии импульса приходится на спектр 500–600 нм, в то время как в стандартных



Рис. 3. Клинический регресс участков гипермеланоза после монотерапии ГПЧ: А — до; Б — после

IPL-системах — только 10–15%. Таким образом, наибольшее количество энергии приходится на основные пики поглощения меланина и гемоглобина. Кроме того, насадка формирует большой размер пятна (30 × 10 мм) и оснащена контактной регулируемой системой охлаждения, что снижает риск активации меланогенеза вследствие теплового воздействия. Также использование данной методики дает дополнительные эффекты, высоко оцениваемые пациентами: наряду с удалением нежелательной пигментации наблюдается исчезновение сосудистых мальформаций, улучшение текстуры кожи и уменьшение видимых признаков фотоповреждения. Благодаря высокой мощности воздей-

ствия рекомендованный курс терапии с использованием насадки Lumessa составляет 1–2 процедуры вместо 4–5 процедур при работе с классическими IPL-устройствами.

Высокой эффективностью в лечении дисхромий отличаются препараты на основе экстрактов плаценты человека (ЭПЧ). Их воздействие на пигментацию кожи обусловлено способностью ЭПЧ воздействовать на меланогенез путем увеличения экспрессии медь-зависимого фермента тирозиназы и родственных тирозиназе белков 1 и 2 (TRP1 и TRP2) [12]. Наиболее вероятно, что активными компонентами ЭПЧ в данном случае являются сфинголипиды и меланоцитмодулирующие пептиды [14]. В нашей практике наряду с традиционной терапией мы используем медицинский препарат гидролизата плаценты человека CURACEN,

разрешенный для интрадермальной имплантации [10], у которого в инструкции есть зарегистрированные показания для коррекции дисхромий различного генеза. В ряде случаев даже применение монотерапии оказывало видимый эффект и приводило к улучшению качества жизни пациентов (рис. 3А, Б). Препарат вводился в классической папульной технике в зоны дисхромии наноиглой 33-34G 1 раз в неделю, 3–5 процедур, аппликационная анестезия не применялась. При наличии эпидермальных очагов поражения эти участки дополнительно обрабатывались в технике срединного напая. Помимо клинически выраженного уменьшения интенсивности окраски очагов гиперпигментации, нами регистрировалось снижение содержания меланина в коже (рис. 4), даже вне зон очаговой пигментации (рис. 5А, Б). Пациенты дополнительно отмечали улучшение цвета лица, выравнивание общего тона кожи, разглаживание мелких морщин, повышение упругости и эластичности, уменьшение выраженности отечности и темных кругов под глазами.

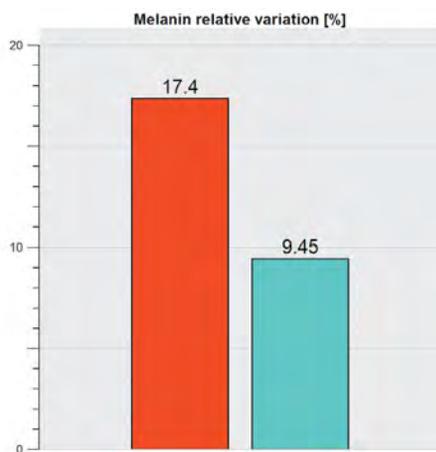


Рис. 4. Снижение процентного содержания меланина в коже после курса монотерапии препаратом ГПЧ (исследование на аппарате Антера 3D)

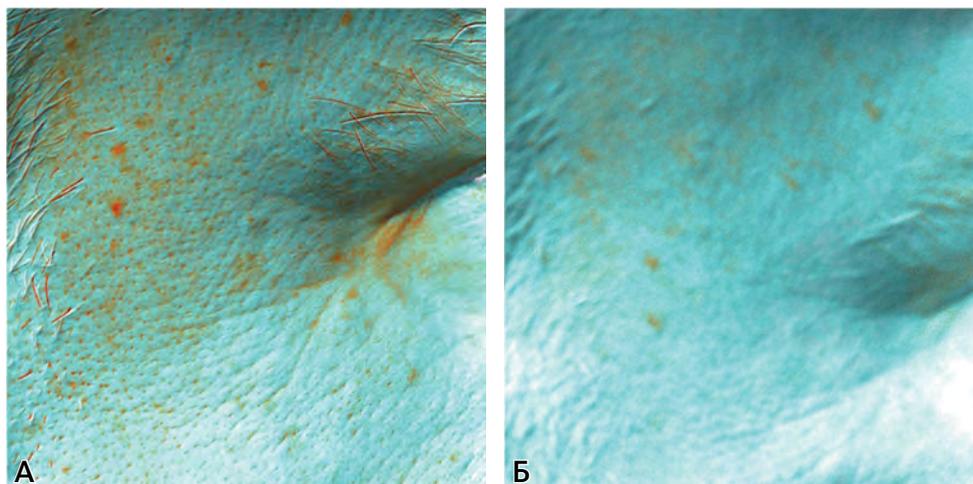


Рис. 5. Уменьшение количества гранул меланина и улучшение рельефа кожи вне участков гиперпигментации после лечения ГПЧ: А — до; Б — после

Обязательным компонентом комплексной терапии является применение барьерных, физических и химических методов защиты от УФО: ношение закрытой одежды, очков, широкополых шляп, применение специальных фотопротекторов в виде крема, спрея или эмульсии, содержащих фильтры и экраны с высокой степенью фотозащиты. Монаотерапия фотопротекторами малоэффективна, эти мероприятия лишь предотвращают усиление пигментации, не оказывая влияния на сам процесс синтеза меланина. Поэтому нередко на приеме пациенты искренне недоумевают, что «солнцезащитным средством» пользуются, а пигментация все равно сохраняется или усиливается. При дальнейшем сборе анамнеза выясняется, что никакие терапевтические мероприятия не проводились. В силу отсутствия клинических рекомендаций по лечению гиперпигментаций терапия не всегда проводится комплексно, врач ограничивается назначением фотопротекторов, не рекомендуя препараты, влияющие на меланогенез и активность ферментных систем.

Заключение

Таким образом, применение комплексных методов лечения расширяет возможности специалиста при лечении гиперпигментации, эффективно решая проблему дисхромии. Неравномерная окраска кожных покровов является значимой психотравмирующей ситуацией для большинства пациентов. Разработка новых методов нормализации цвета кожи и уменьшения выраженности гипермеланоза — актуальная задача повышения качества жизни при дисхромиях.

Литература

1. **Ахтямов С.Н.** Камуфлирование дефектов на лице. Вестник дерматологии и венерологии— 2002; 4: 70–72.
2. **Бабаянц Р.С., Лоншаков Ю.И.** Расстройства пигментации кожи. М.: Медицина, 1978. 144 с.

3. **Барабой В.А.** Структура, биосинтез меланинов, их биологическая роль перспективы применения. Успехи современной биологии 2001; 121(1): 36–46.
4. **Гилельс А.В., Демидов В.И., Жидоморов Н.Ю. и соавт.** Эффективность воздействия экстрактов плаценты человека на пигментообразование кожи на примере препаратов Лаеннек и Курасен. Эффективная фармакотерапия 2013; 36: 3–10.
5. Дерматовенерология. Национальное руководство. Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1024 с. (Серия «Национальные руководства»).
6. **Донцов А.Е., Островский М.А.** Пигментный эпителий (структурные, физиологические и биохимические особенности): итоги науки и техники. Физиология человека и животных 1984; 28: 127.
7. **Задюченко Е.В., Мальцева П.О.** Дисхромии кожи и методы их коррекции. Международный научный вестник 2015; 6: 114.
8. **Иконописцев Р., Райчев Р., Киров С.** Пигментные опухоли. Под ред. Р. Иконописцева. София: Изд-во «Държавно», 1997. 253 с.
9. **Калантаевская К.А.** Морфология и физиология кожи человека. Киев: Здоров'я, 1972. 267 с.
10. **Кичигина Т.Н., Грушин В.Н., Беликова И.С., Мяделец О.Д.** Меланоциты: строение, функции, методы выявления, роль в кожной патологии. ВЕСТНИК ВГМУ. 2007; 6(4): 9.
11. **Михайлов И.Н.** Структура и функции эпидермиса. М.: Медицина, 1979. 240 с.
12. **Михайлова Н.** Лазерная коррекция хлоазмы. Les Nouvelles Esthétiques 2015; 2: 37–40.
13. **Мяделец О.Д., Адаскевич В.П.** Морфофункциональная дерматология. М.: Медлит, 2006. 752 с.
14. **Потекаев Н., Жукова О.** Современный взгляд на проблему гиперпигментации. Les Nouvelles Esthétiques 2015; 2: 12–14.
15. Регистрационное удостоверение на медицинское изделие № РЗН 2014/1838 от 11.08.2014 Имплантат интрадермальный Surasep.
16. **Смирнова И.О., Кветной И.М., Князькин И.В., Данилов С.И.** Нейроиммуноэндокринология кожи и молекулярные маркеры ее старения. М.; СПб: Изд-во «ДЕАН», 2005. 288 с.
17. **Федотов В.П.** Расстройства пигментации кожи. Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология 2014; 1(4): 116.
18. **Чернух А.М., Фролов Е.П.** Кожа. М.: Медицина, 1982. 336 с.
19. **Jo H.Y., Kim C.K., Suh I.B., et al.** Co-localization of inducible nitric oxide synthase and phosphorylated Akt in the lesional skins of patients with melasma. J Dermatol 2009; 36(1): 10–16.
20. **Mallick S., Singh S.K., Sarkar C., et al.** Human placental lipid induces melanogenesis by increasing the expression of tyrosinase and its related proteins in vitro. Pigment Cell Res 2005; 18 (1): 25–33.
21. **Molinar V.E., Taylor S.C., Pandya A.G.** What's new in objective assessment and treatment of facial hyperpigmentation? Dermatol Clin 2014; 32(2): 123–135.
22. **Pal P., Mallick S., Mandal S.K., et al.** A human placental extract: in vivo and in vitro assessments of its melanocyte growth and pigment-inducing activities. Int J Dermatol 2002; 41(11): 760–767.
23. **Pandya A.G., Guevara I.L.** Disorders of pigmentation. Dermatol Clin 2000; 18(4); 91–93.
24. **Piazena H, Kelleher D.K.** Effects of infrared-A irradiation on skin: discrepancies in published data highlight the need for an exact consideration of physical and photobiological laws and appropriate experimental settings. Photochem Photobiol 2010; 86: 687–705.
25. **Seemal R. Desai.** Hyperpigmentation Therapy: A Review/ Seemal R. Desai // J Clin Aesthet Dermatol. 2014 Aug; 7(8): 13–17.

Гавашели Л.Г.

Молодость 2.0. Протокол комплексной коррекции лица и шеи пациентки инъекционным продуктом Sculptra®

Введение

Sculptra® — это имплантат-биостимулятор, который состоит из микрочастиц поли-L-молочной кислоты полигональной формы. Является биodeградируемым продуктом и распадается до воды и углекислого газа [1]. Залогом успеха данной процедуры являются знание анатомии, процессов старения, возможностей гармонизации лица, техник введения и всех нюансов, связанных с имплантатом Sculptra®.

Пациент

У пациентки 52 лет имеется атония кожи, незначительная атрофия подкожно-жировой клетчатки в средней зоне лица, асимметрия лица (незначительный птоз левой брови, более глубокая левая носогубная складка и левая носослезная борозда, более выраженный носогубный жировой компартмент). Кроме того, нарушение четкости овала лица. Пожелания пациентки: избавиться от усталого выражения лица и иметь натуральный вид, уплотнить кожу и повысить ее тургор и эластичность.

Протокол процедуры (фото 1–8)

- Подготовка имплантата. Sculptra® гидратируется в объеме 8 мл СВДИ с добавлением лидокаина 1 мл.
- Коррекция средней трети лица. Имплантат вводится субдермально с помощью иглы 26G в линейной ретроградной технике по линиям визуального, воображаемого лифтинга. Инъекции выполняются перпендикулярно

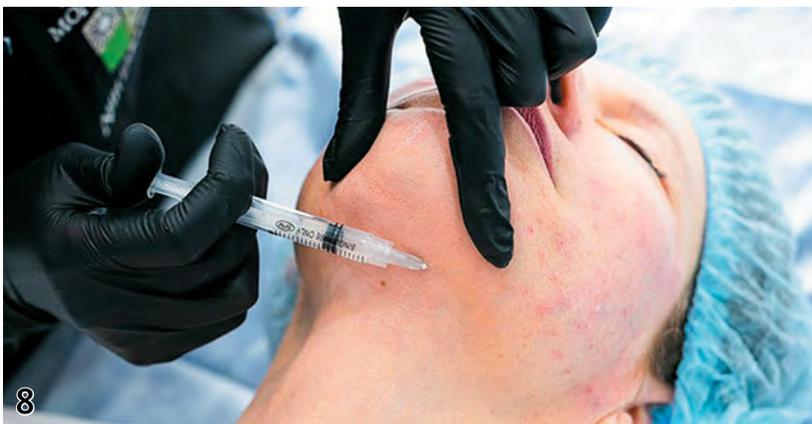
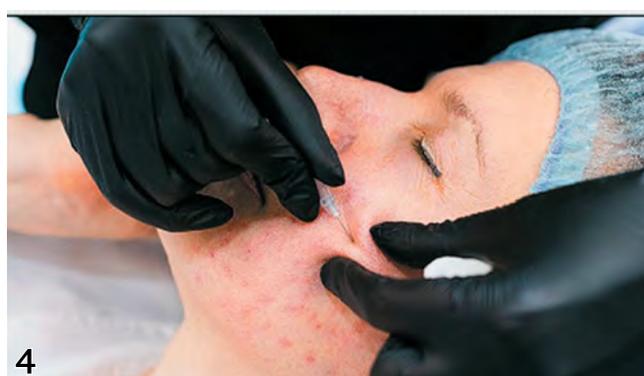
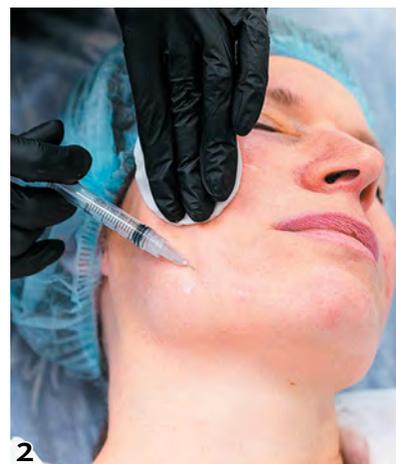
Гавашели Лия Гурамовна

К.м.н., пластический хирург,
президент Международного
общества хирургической
анатомии, доцент кафедры
пластической хирургии ИПХиК,
Москва

SCULPTRA® – ИМПЛАНТАТ
ДЛЯ ПОДКОЖНОГО
ВВЕДЕНИЯ НА ОСНОВЕ
ПОЛИ-L-МОЛОЧНОЙ
КИСЛОТЫ.

ЗАРЕГИСТРИРОВАН В РФ.
РЕГИСТРАЦИОННОЕ
УДОСТОВЕРЕНИЕ
№ ФСЗ 2009/05553
ОТ 03.04.2017 Г.

SCULPTRA® –
ЭТО НЕ ИМПЛАНТАТ
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ОТДЕЛЬНЫХ МОРЩИН.
ЭТО БИОСТИМУЛЯТОР
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ
3D-ЛИФТИНГА
С ОТСРОЧЕННЫМ
И ДЛИТЕЛЬНЫМ
ЭФФЕКТОМ.



марионеточной и носогубной морщинам и производятся линейно до волосистой части головы. В некоторых случаях можно ограничиться только этой техникой, а можно осуществить двойной уровень введения имплантата в технике «сэндвич».

- Введение имплантата супрапериостально в основание грушевидного отверстия для стимуляции коллагена в надкостнице. Результат — восстановление опоры носа и профилактика дальнейшей резорбции этой зоны. Введение имплантата в виде микроболюса 0,1–0,2 мл в область скуловой кости и скуловой дуги. Результат — скульптурирование лица и восстановление глубоких жировых пакетов.
- Коррекция и восстановление области надбровья. Коррекция осуществляется канюлей 25G двумя бионитями из полимолочной кислоты в объеме 0,1 мл. Результат — элевация бровей и объемное моделирование надбровной области.
- Коррекция поднижнечелюстной зоны. Инъекции осуществляются игольной или канюльной техникой от края нижней челюсти до шейно-подбородочного угла и от центральной линии до ушной раковины. Результат — уплотнение и утолщение кожи и опосредованный лифтинг.
- Коррекция мочки и вертикальных морщин предушной зоны осуществляется с помощью иглы в линейной ретроградной технике. Результат — придание объема инволюционно измененной мочке уха и улучшение эстетичного вида околоушной зоны.
- Коррекция области шеи со стимуляцией образования коллагена в коже. Инъекции можно осуществить с помощью иглы или канюли. Гидратацию имплантата Sculptra® для шеи необходимо выполнить в 16 мл СВДИ. Инъекция осуществляется от центральной линии и боковых отделов шеи в линейной ретроградной технике. Результат — уменьшение визуализации морщин шеи и улучшение качества кожи.

После процедуры необходимо выполнить массаж в течение двух минут для более равномерного распределения имплантата. Рекомендации Российского консенсуса экспертов 2018 г. по выполнению массажа пациентом после процедуры: необходимо делать самостоятельный массаж в домашних условиях по 2 мин 2 раза в день в течение 5 дней.

Результат коррекции

Гарантией успешного результата при инъекциях Sculptra® являются глубокие знания анатомии, клиническое мышление, четкое соблюдение техник инъекций и творческий, профессиональный подход. Признаки старения кожи нивелируются. Восполняется дефицит мягких тканей. Происходит стимуляция выработки коллагена первого типа [2], что обеспечивает мощный и длительный положительный эффект (более двух лет, по данным международных исследований) (фото 9) [3].



Фото 9. Пациентка 52 лет: А — до процедуры; Б — сразу после процедуры; В — спустя месяц

Литература

1. **Vleggaar D., Bauer U.** Facial enhancement and the European experience with Sculptra (poly-L-lactic acid). *J Drugs Dermatol* 2004; 3: 542–547.
2. **Stein P., Vitavska O., Kind P., Hoppe W., Wieczorek H., Schürer N.** The biological basis for poly-L-lactic acid-induced augmentation. *J Dermatol Sci* 2015; 78 (1): 26–33.
3. **Narins R.S., et al.** A randomized study of the efficacy and safety of injectable poly-L-lactic acid versus human-based collagen implant in the treatment of nasolabial fold wrinkles. *J Am Acad Dermatol* 2010; 62: 448–462.

Груздев Д.А.

«Гамак Груздева» с двойной модифицированной петлей – новая технология комбинированного применения нитей Spring Thread и полипропиленовых нитей для коррекции шейно-подбородочного угла

Коррекция шейно-подбородочного угла — одна из наиболее сложных зон в коррекции инволюционных изменений внешности. А между тем практически каждый пациент, обращающийся к косметологу за омолаживающими процедурами, называет эту зону в числе приоритетных. До недавнего времени право на эффективное решение данной проблемы единодушно отдавали пластическим хирургам. Однако по мере совершенствования нитевых технологий стало возможным говорить о том, что у хирургического вмешательства появилась реальная и весьма впечатляющая альтернатива.

Анатомические особенности строения шейно-подбородочного угла способствуют довольно раннему провисанию тканей в этой области. Принято считать, что самым эффективным способом решения данной проблемы является пластическая операция. Однако помимо общеизвестных рисков, связанных с хирургическим вмешательством, нужно упомянуть и об относительно непродолжительном эффекте операции: через 5–10 лет провисание тканей возобновляется, что приводит пациента к необходимости повторной операции либо к поиску альтернативных методов. Объективности ради нужно признать, что и косметология до сих пор не могла предложить действительно эффективных методик с длительным результатом. Можно было говорить лишь о профилактических и поддерживающих мероприятиях, которые, впрочем, у ряда пациентов с патологическими особенностями строения платизмы изначально не приносили значимых результатов. Появление нитевых технологий открыло новую эру в решении проблем шейно-подбородочного угла: за последние годы разработано немало методик, позволяющих провести лифтинг и надолго укрепить ткани в этой зоне. Нитевые технологии могут применяться как самостоятельный

**Груздев
Денис Анатольевич**

Учредитель и руководитель сети клиник «Клиника доктора Груздева». Врач дерматолог, хирург, косметолог. Руководитель направления нитевых технологий, пластический хирург, президент ОСМН

вид лечения, направленного на профилактику возрастных изменений и устранение первых признаков птоза. Однако при работе с пациентами, имеющими выраженное провисание тканей шейно-подбородочного угла, одних только нитевых имплантатов может быть недостаточно, и в этом случае оптимальным решением следует признать сочетание пластики и нитевых технологий.

Таким образом, в решении проблем шейно-подбородочного угла нитевая имплантология может применяться как:

- альтернатива пластике,
- часть комплексной, сочетанной процедуры или
- поддерживающий этап, который можно провести через 2–4 года после операции, чтобы сохранить результаты, достигнутые при помощи хирургического вмешательства.

Для коррекции шейно-подбородочного угла традиционно применяются армирующие биостимулирующие нити, а также биодеградирующие либо небиодеградирующие лифтинговые нити. Необходимо отметить, что, несмотря на большой выбор нитей от различных производителей, идеального варианта для лифтинговой коррекции рассматриваемой зоны пока не создано. Наиболее подходящими характеристиками обладают нити Spring Thread. Это нити из полиэфирного волокна с формованной силиконовой оболочкой, которые

прекрасно тянутся и подстраиваются под подвижность мышц и одновременно обеспечивают выраженный лифтинг. Опыт практического применения нитей Spring Thread показал, что силиконовая оболочка часто провоцирует воспалительные реакции тканей, что исключает применение их в методиках «двойной петли». Кроме того, нить требует весьма аккуратного обращения: при ее введении в зоны фиксации с плотными тканями может повреждаться силиконовая оболочка (особенно при постановке нитей пациентам с тяжелыми тканями). Гораздо надежнее для фиксации тканей проверенные полипропиленовые нити, но они совершенно неэластичны и не могут качественно выполнять лифтинговые функции в такой подвижной зоне, как шейно-подбородочный угол. Одна из вариаций авторской методики «Гамак Груздева» предлагает комбинированную постановку полипропиленовых нитей (биосовместимых с любыми материалами) и нитей Spring Thread, что усиливает положительные свойства и нивелирует недостатки каждого вида нитей. Технология сочетанной установки нитей такова (см. **рисунок**): через точку вкола

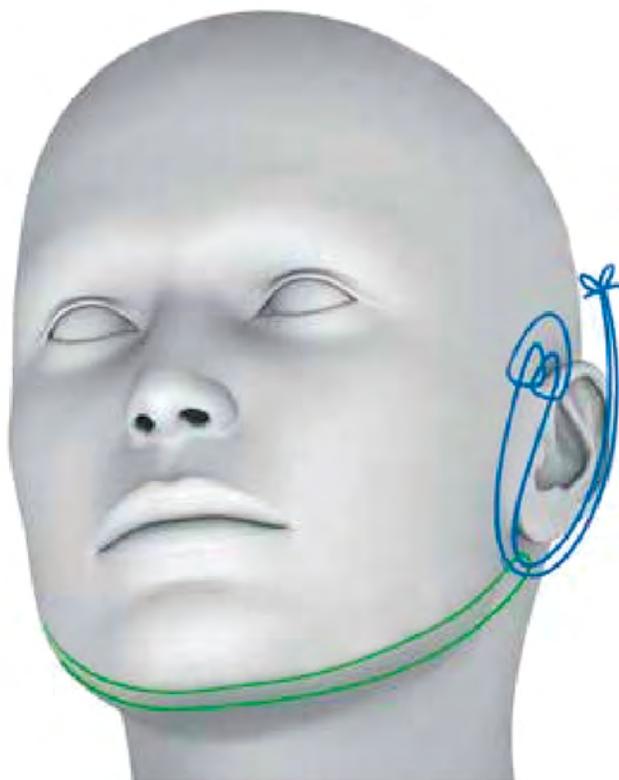


Рисунок. Схема введения нитей по методике «Гамак Груздева»

в углу нижней челюсти в плотных тканях за ухом методом модифицированной двойной петли Груздева надежно фиксируется полипропиленовая нить. Через этот же вкол в петлю полипропиленовой нити вводится нить Spring Thread, которая затем проводится под подбородком до противоположного уха и там так же заводится за полипропиленовую нить, закрепленную за ухом. Таким образом, обе нити образуют как бы единую цепочку, каждое звено в которой выполняет свою значимую роль: надежность крепления обеспечивают полипропиленовые нити, эластичность и подвижность в активной зоне – нити Spring Thread. Данная методика может применяться у пациентов с любой степенью выраженностиптоза тканей шейно-подбородочного угла. При выполнении процедуры с целью поддержать лифтинг после пластической операции можно прогнозировать увеличение длительности изначально достигнутого результата на 50%. При выполнении методики «Гамак Груздева» как процедуры, альтернативной пластике, прогнозируемый срок сохранения эффекта — до 8 лет.

Преимущества методики

Результат сохраняется надолго благодаря авторской методике более равномерного распределения нагрузки на точки фиксации и увеличению прочности фиксации тканей. Снижение нагрузки в месте крепления нити также сокращает период дискомфорта и вероятности болевых ощущений после процедуры. Площадь фиксации увеличивается, что дает более сильный и заметный лифтинговый эффект – в некоторых случаях для тяжелых тканей это единственный результативный способ. В итоге кожа на шее выглядит естественно, без эффекта натянутости и «маски».

Губанова Е.И., Закирова Г.Ш., Староватова П.А., Вавилова А.А.

Комбинированные методы косметологической коррекции. Классификации старения в доказательной косметологии

Губанова Е.И.,
Закирова Г.Ш.,
Староватова П.А.,
Вавилова А.А.

Клиника превентивной
медицины «Валлекс
Мед», ФГБОУ ВО МГУПП,
Медицинский институт
непрерывного образования,
Москва

Согласно статистике ASAPS (Американской ассоциации пластических хирургов), среди нехирургических методов уже второе десятилетие лидирующие позиции сохраняют 5 топ-процедур, направленных на коррекцию косметических недостатков: ботулинотерапия, дермальные филлеры, лазерная эпиляция, фотоомоложение, химические пилинги. В последние годы растет популярность радиочастотных, ультразвуковых и криолиполитических технологий, используемых для улучшения контуров лица и тела. Несмотря на хорошо изученную эффективность аппаратных и инъекционных методов косметологической коррекции, все больше внимания уделяется оценке безопасности их комбинированного применения вместе с логичным требованием времени — естественностью результата омоложения внешности. Последние разработки российской школы косметологов алгоритмов диагностики и научно обоснованного подхода в антивозрастной терапии связаны с использованием простых визуальных шкал, классификаций и аппаратных диагностических методов (3D LifeVize, Courage&Khazaka) для постановки диагноза и оценки эффективности малоинвазивных процедур.

Поэтому поиск протоколов комбинированного применения технологий, эффективно корректирующих возрастные изменения кожи (ВИК), является научно-практическим трендом, объединяющим специалистов индустрии красоты и превентивной медицины.

Современные требования в доказательной косметологии связаны с постановкой диагноза, определением морфотипа и стадии старения с оценкой выраженности признаков фото- и хроностарения, обоснованием применения комбинированной этапной терапии с оптимальным выбором средств и методов для оздоровления кожи. Доступность информации из соцсетей о возможностях косметологической коррекции ВИК упрощает собеседование врача с «эрудированным» пациентом, а аргументация выбора способа лечения становится более понятной при использовании визуальных методов диагностики кожи, шкал старения, опросников и иллюстративного материала до и после лечения.

Вооружение специалистов наглядным материалом с определением признаков и стадий ВИК позволяет выстроить правильное взаимодействие в диалоге



Рис. 1. Шкала Р. Глогау

с пациентом при выборе персонализированного эстетического этапного подхода, который подробно обсуждается, особенно на первичном приеме.

Классификации старения

Основной целью создания классификаций старения является внедрение новых методов лечения стареющей кожи и рациональное сравнение клинических результатов у пациентов. Так, Р. Глогау в 1996 г. была предложена классификация фотоповреждения кожи (рис. 1, табл. 1). Однако накопленные в последнее десятилетие знания о фото- и хроностарении (Королькова Т.Н., 2017; Круглова Л.С., 2017; Олисова О.Ю., 2018), морфотипах старения лица и шеи (Губанова Е.И, Лапатина Н.В., Родина М.Ю., 2010) (рис. 2), появление удобной эстетической фоточисловой шкалы возрастных изменений Мерц (Merz Aesthetics Scale, 2002), упрощенной классификации фототипов В.В. Владимирова, привели к более четкому пониманию возрастных этапов старения, аргументированной постановке дерматологического диагноза согласно МКБ-10 (L90.9, L57) и научного обоснования лечения.

В нашей стране проблема фотостарения стала более активно исследоваться в начале 2000-х годов (Королькова Т.Н., 2001; Круглова Л.С., 2008). В ряде

Таблица 1. Классификация фотостарения кожи по Р. Глогау

Стадия	Тип кожи	Особенности
I	Начальная стадия фотостарения (отсутствие морщин)	Преждевременное фотостарение с легкими расстройствами пигментации, с отсутствием кератоза и минимальным количеством морщин в возрасте от 20 до 40 лет
II	Начальная и средняя стадии фотостарения (закладка морщин)	Фотостарение средней степени выраженности, начало развития сенильного лентициноза, кератоза, формирование мимических морщин вокруг рта. Наблюдается в возрасте от 30 до 40 лет
III	Развитая стадия фотостарения (морщинистая стадия)	Фотостарение выраженное, видимые признаки дисхромии, телеангиэктазии, кератоз, морщины видны даже в покое. Наблюдается в возрасте старше 50 лет
IV	Тяжелая стадия фотостарения (окончательное формирование морщин)	Фотостарение крайней степени выраженности. Кожа желто-серого цвета, единичные образования эпителиального рака кожи, по всей поверхности выраженные морщины, проявляющиеся и в покое. Наблюдается в возрасте от 60 до 80 лет

Морфотипы старения (Губанова Е.И., Лапатина Н.В., Родина М.Ю., 2010)

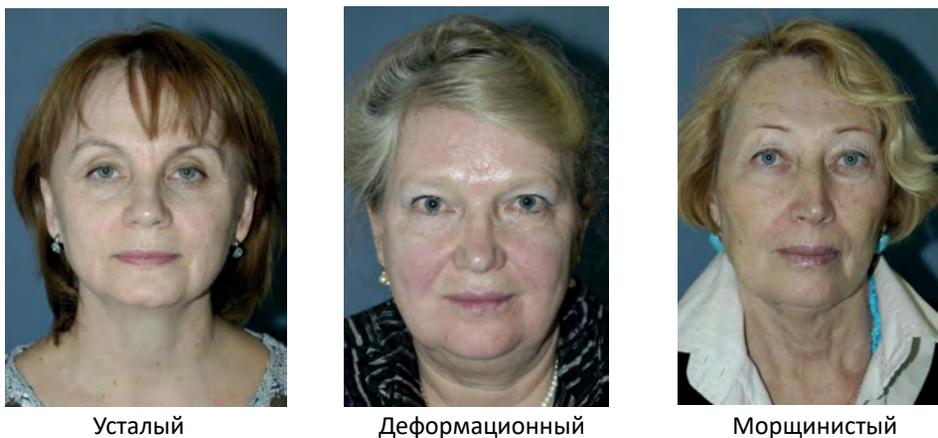


Рис. 2. Классификация морфотипов старения

Морфотипы старения – это совокупность клинических и морфологических признаков, отражающих внешние проявления старения **лица и шеи**, включая дополнительные характеристики фотоповреждения кожи, наличие отечного и сосудистого компонентов

работ, посвященных фотостарению, изучались признаки фотоповреждения кожи и меланогенез, риски развития базальноклеточного рака и меланомы. Отечественным ученым В.В. Владимировым в 2009 г. была разработана более удобная для понимания фототипа кожи классификация с учетом славянского типа, проживающего на территории нашей страны. Классификация основана на реагировании кожи в ответ на солнечное облучение по эритеме и гиперпигментации с выделением трех фототипов.

В дерматокосметологии сочетание инъекционных методов терапии хроно- и фотостарения (ботулинотерапия, филлеры, скинбустеры, биоревитализанты, пептиды и т.д.) с химическими пилингами и ретиноидами (Обаджи З., 2014; Вавилова А.А., 2019) связано с многогранными положительными эффектами на кожу. Все чаще применение скинбустеров на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты (сГК) (Landau M., 2016; Gubanova E., 2015), гидроксипатита кальция (Юцковская Я.В., 2018; Kerscher, M., 2019), полимолочной кислоты и биоревитализантов (Лапатина Н.В., 2013, 2016; Гайдаш Н.В., 2015; Гавашели Л.Г., 2019), направленное на улучшение качества кожи, обсуждается в комбинированных протоколах с фракционным фототермолизом, IPL, ультразвуковым и радиочастотным воздействием.

Мировой практический опыт применения биполярных радиочастотных аппаратов связан с новым эволюционным витком улучшения технологии монополярного термажа. Появление на эстетическом рынке инновационных игольчатых RF (Secret, Scarlet, Fractora, Infini) вызывает все более растущий интерес со стороны специалистов и пациентов в связи с впечатляющим эффектом омоложения, лечения гиперпигментации и рубцовой атрофии.

В связи с этим разработка этапного применения инъекционных методов с новыми аппаратными технологиями, а также поиск простых диагностических

критериев оценки эффективности терапии является важным научно-практическим направлением в эстетической медицине.

В последние годы все чаще препаратами выбора при лечении фотостарения и мелазмы являются наружные ретиноиды (средства с ретинолом и ретиноловые пилинги) и препараты на основе сГК. Дерматологами кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии под руководством профессора В.В. Гладыко и клиники «Валлекс Мед» разработаны различные протоколы диагностики и успешного комбинированного лечения фотоповреждения кожи с использованием аппаратных технологий, ретиноидов и инъекций. Инъекции филлеров и скинбустеров сГК для патогенетического лечения возрастной атрофии тканей согласно МКБ-10 (L90.9, L57.4) и ксероза кожи (L85.3) (Kerscher, M., 2017) является достаточно успешным уже на протяжении 15–20 лет активной практики с доказанным продолжительным эффектом повышения эластичности и увлажненности тканей. В комплексных программах оздоровления кожи их применяют в основном после аппаратных методов, при необходимости чередуя с химическими пилингами, с интервалом 2–4 нед.

В 2015–2017 гг. при тщательном изучении признаков фотостарения у 360 женщин в разных возрастных группах нами была разработана визуальная шкала фотостарения (ВШФ), по которой можно определить стадию старения у пациентов усталого морфотипа в соответствии с **рис. 3**. С точки зрения физиологической нормы и рассмотрения условно «гармоничного старения» с учетом типа конституции **усталый морфотип** является наиболее благоприятным, при котором процедуры эстетического и оздоровительного характера высоко успешны по оценке врачей и пациентов, благополучны в реабилитационном периоде.



0 стадия
20-29 лет

Светлая, сияющая кожа без морщин и пигментации. Морщины «гусиные лапки» в динамике.

1 стадия
30-39 лет

Мелкие пигментные пятна. Поверхностные статические морщины, едва заметные «гусиные лапки» в статике.

2 стадия
40-49 лет

Дисхромия, единичные лентиго. Поверхностные и умеренные статические морщины, «гусиные лапки», едва заметные кисетные морщины в статике.

3 стадия
50-64 лет

Тусклость, дисхромия, лентиго, кератоз. Умеренные и глубокие морщины и складки, заметные кисетные морщины в статике, морщины улыбки на щеках в динамике.

4 стадия
Старше 65 лет

Тусклость, желтизна, множественные, пигментные пятна, морщинистость и дряблость кожи. Эластоз, кератоз, лентиго. Возможны базалеомы.

Рис. 3. Визуальная шкала фотостарения (Губанова Е.И., Вавилова А.А., Закирова Г.Ш., 2019)

Выраженность 10 оцениваемых признаков старения кожи лица (тусклость, пигментация, лентиго, телеангиэктазии, кератомы, статические морщины вокруг глаз и рта, мимические морщины и складки, эластоз) оценивались от 0 до 3 баллов (0 баллов — отсутствие признака, элемента; 1 балл — слабо выраженный признак, 1–2 элемента (единичные); 2 балла — умеренно выраженный признак, 3–4 элемента; 3 балла — сильно выраженный признак, множественные элементы). В результате определения прямой корреляционной взаимосвязи выраженности морщин и суммарного балла по ВШФ (индекс фотостарения) и статистического различия в возрастных группах 20–29, 30–39, 40–49, 50–64 и старше 65 лет были выделены 4 возрастные стадии фотостарения.

ОПИСАНИЕ СТАДИЙ АВТОРСКОЙ ВИЗУАЛЬНОЙ ШКАЛЫ 4-Х СТАДИЙ СТАРЕНИЯ УСТАЛОГО МОРФОТИПА ЛИЦА С ПРИЗНАКАМИ ФОТОПОВРЕЖДЕНИЯ КОЖИ

0 стадия — отсутствие признаков фотостарения. Гладкая, сияющая, упругая, без морщин, с равномерной окраской кожа лица. Морщины «гусиные лапки» вокруг глаз заметны только в динамике. Суммарное количество баллов 0–3. Возраст 20–29 лет.

1 стадия — тусклость, дисхромия слабовыраженные, мелкие пигментные пятна, единичные мелкие элементы лентиго и/или мелазмы, телеангиэктазии немногочисленные. Кератомы, морщинистость и дряблость кожи отсутствуют. Поверхностные статические морщины вокруг глаз. Невыраженные морщины и складки лица (1–2 по шкале Мерц). Суммарное количество баллов 4–7. Возраст 30–39 лет.

2 стадия — тусклость, дисхромия выражены слабо или умеренно, множественные мелкие пигментные пятна, 1–2 элемента лентиго и/или мелазмы, телеангиэктазии. Кератомы отсутствуют или один элемент, шероховатость, морщинистость и дряблость кожи выражены слабо. Поверхностные статические периорбитальные морщины «гусиные лапки» и «кисетные» верхней губы, средне-глубокие лентиго и/или мелазмы, телеангиэктазии немногочисленные. Кератомы, морщинистость и дряблость кожи отсутствуют. Поверхностные статические морщины вокруг глаз (1–3 степени). Присутствие более 5 из 10 признаков фотостарения. Суммарный индекс старения 8–15. Возраст 40–49 лет.

3 стадия — тусклость, дисхромия выражены умеренно, множественные, местами сливные пигментные пятна, более двух элементов лентиго и/или мелазмы, множественные телеангиэктазии. Кератомы единичные или множественные, морщинистость и дряблость кожи умеренно выражены вокруг глаз и губ. Средне-глубокие статические морщины и складки лица (2–3 степень). Эластоз слабо или умеренно выраженный. Наличие 7 и более из 10 признаков фотостарения. Суммарное количество баллов 16–23. Возраст 50–64 года.

4 стадия — тусклость, дисхромия выраженные, гиперкератоз, эластоз, множественные мелкие сливные пигментные пятна, множественные и крупные элементы лентиго, очаги мелазмы. Могут встречаться базалеомы. Активный кератоз, телеангиэктазии, шероховатость, морщинистость и эластоз

кожи. Средне-глубокие и глубокие статические морщины периорбитальной и периоральной областей, выраженные морщины и складки лица (3–4 степени) в статике и динамике. Наличие 8–10 признаков фотостарения. Суммарное количество баллов 24–30. Возраст старше 65 лет.

При постановке диагноза фотостарения и атрофических изменений кожи лица по МКБ-10 нами используется ВШФ с определением стадии. Авторская визуальная шкала позволяет определить степень выраженности старения у женщин, выбрать оптимальную тактику устранения косметических недостатков кожи с помощью инъекционных и аппаратных технологий, пилингов, косметевтики, наружных лечебных средств и нутриентов. Оценка эффективности терапии как врачом, так и пациентом может проводиться на основании шкалы удовлетворенности и динамики изменений состояния кожи с определением суммарного балла старения по визуальной шкале Мерц и индекса фотостарения по ВШФ (рис. 4).

На рис. 5–8 представлены клинические примеры с определением индекса и стадии фотостарения у пациентов разного возраста и в динамике до и после комбинированной антивозрастной коррекции. При этом после проведенной терапии получается возрастное несоответствие стадии. Так, например, по суммарному баллу определяется 2 стадия, а пациентке 50 лет, что по возрасту в классификации соответствует 3 стадии. Таким образом, мы можем говорить об уменьшении внешнего возраста пациентов на 5–10 лет за счет уменьшения выраженности признаков старения на 1–2 балла. Клинические результаты

№	Признак	Баллы	
		39 лет	69 лет
1	Тусклость кожи	1	3
2	Пигментация, мелкие пигментные пятна	2	3
3	Солнечное лентиго	1	3
4	Мелазма	0	0
5	Статические морщины «гусиные лапки»	1	3
6	Кератоз (шероховатость кожи, кератомы)	0	2
7	Телеангиоэктазии	0	2
8	Статические кисетные морщины вокруг губ	0	3
9	Среднеглубокие и глубокие морщины и складки лица в статике и динамике	1	3
10	Эластоз кожи	0	2
Суммарный балл (индекс фотостарения, ИФС)		6	24

А) Женщина 39 лет

Б) Женщина 69 лет

Рис. 4. А) Пациентка 39 лет, усталый морфотип. Фотостарение по Р. Глогау 2 ст. Суммарный балл старения ВШМ 10, ср. балл глубины морщин 1,3. Суммарный балл по ВШФ (индекс фотостарения) 6, средний балл 0,6. I стадия фотостарения по ВШФ.

Б) Пациентка 69 лет, усталый морфотип. Фотостарение по Р. Глогау 4 ст. Суммарный балл старения ВШМ 30, средний балл глубины морщин 3,8. Суммарный балл по ВШФ (индекс фотостарения) 24, средний балл 2,4. IV стадия фотостарения ВШФ

Рис. 5. Определение выраженности признаков и стадии фотостарения по ВШФ у пациентки 63 лет до и после комбинированной терапии: фракционного CO₂ (Candella, 25 ml) и игольчатого RF (Fractora, 500 имп), курса скинбустеров (Рестилайн Витал, 3 мл) и ботулинотерапии (Диспорт, 80 ЕД)

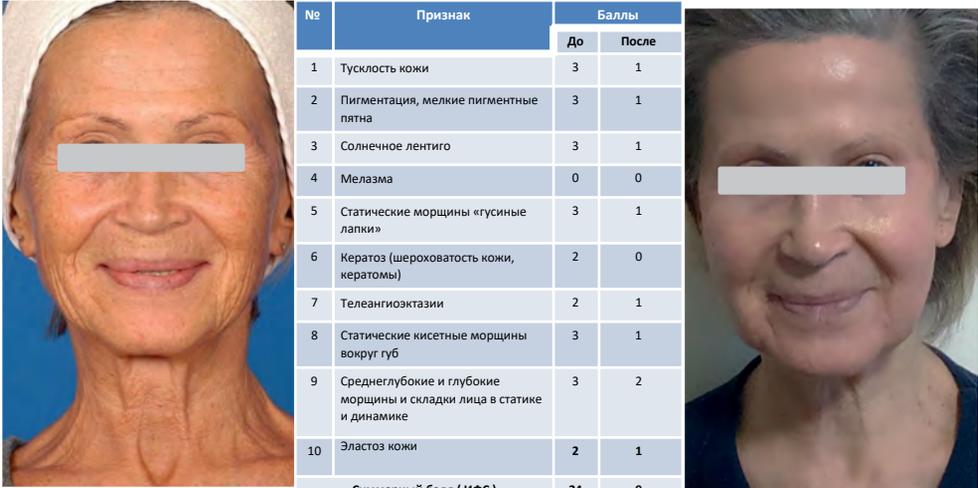
№	Признак	Баллы	
		До	После
1	Тусклость кожи	3	1
2	Пигментация, мелкие пигментные пятна	2	1
3	Солнечное лентиго	2	1
4	Мелазма	0	0
5	Статические морщины «гусиные лапки»	2	1
6	Кератоз (шероховатость кожи, кератомы)	2	1
7	Телеангиоэктазии	2	1
8	Статические кисетные морщины вокруг губ	2	0
9	Среднеглубокие и глубокие морщины и складки лица в статике и динамике	3	2
10	Эластоз кожи	0	0
Суммарный балл (ИФС)		16	8
Степень фотостарения		3	2



До Через 3 месяца

Рис. 6. Определение выраженности признаков и стадии фотостарения по ВШС у пациентки 69 лет морщинистого морфотипа до и после комбинированной терапии: фракционного CO₂ (Fraxis Duo, 50 mJ) и игольчатого RF (Secret, 750 имп), курса филлеров и скинбустеров (Рестилайн, X-НА³, 3 мл, Рестилайн Витал, 3 мл) и ботулинотерапии (Диспорт, 100 ЕД)

№	Признак	Баллы	
		До	После
1	Тусклость кожи	3	1
2	Пигментация, мелкие пигментные пятна	3	1
3	Солнечное лентиго	3	1
4	Мелазма	0	0
5	Статические морщины «гусиные лапки»	3	1
6	Кератоз (шероховатость кожи, кератомы)	2	0
7	Телеангиоэктазии	2	1
8	Статические кисетные морщины вокруг губ	3	1
9	Среднеглубокие и глубокие морщины и складки лица в статике и динамике	3	2
10	Эластоз кожи	2	1
Суммарный балл (ИФС)		24	9
Степень фотостарения		4	2



До Через 4 месяца

после комбинированной терапии выглядят естественно и сохраняются от 6 мес до 1–1,5 лет.

Наш 20-летний опыт применения современных технологий оздоровления и омоложения кожи на ранних этапах возрастных изменений (1–2 стадии) позволяет констатировать высокий уровень удовлетворенности результатами как врачом, так и пациентом долгие годы. Сохранение полученных естественных результатов в большей степени зависит от правильно подобранной космецевтики для домашнего ухода, ограничения солнечного воздействия на кожу и грамотно выстроенной аргументированной программы поддержания молодости и здоровья кожи высококвалифицированным косметологом.

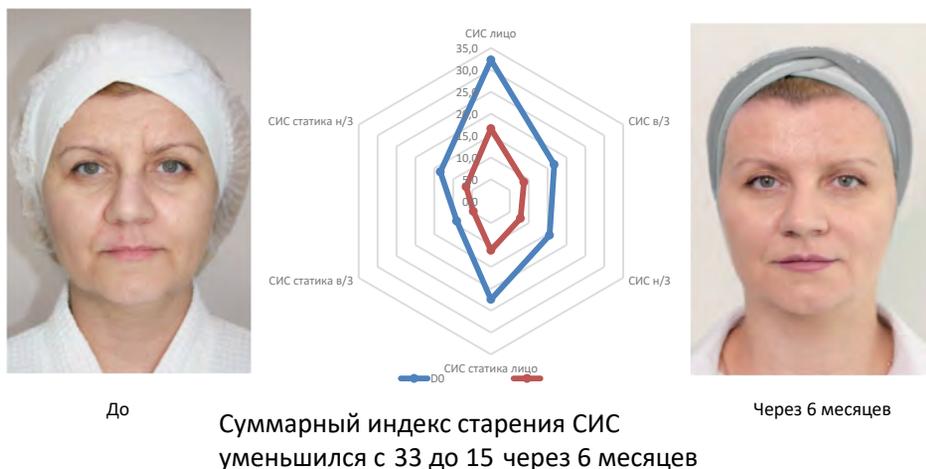


Рис. 7. Динамика суммарного индекса старения (СИС) по визуальной шкале МЕРЦ (ВШМ, статические морщины и складки лица в баллах) у женщины 44 лет, усталого морфотипа до и после комбинированного лечения: MFU (Альтерапия, 504 имп), СаНА (Радиесс в разведении 1,5 мл на 8 мл), филлеры НА СРМ (Белотеро, 3 мл), ботулинотерпии (Ксеомин, 100 ЕД)



Рис. 8. Пациентка 63 лет. Постпроцедурный период

Заключение

Превентивная косметология является одним из новых и актуальных направлений в эстетической медицине. Применение успешных комбинированных инъекционных и аппаратных технологий омоложения не только в лечебных, но и в превентивных целях при первых признаках старения позволит достичь желаемых естественных результатов у молодых пациентов. Использование классификаций и визуальных шкал для постановки диагноза и оценки эффективности терапии дает возможность специалисту прицельно описывать возрастные изменения лица, аргументированно и своевременно проводить косметологическую коррекцию.

Лешунов Е.В.

Эстетическая гинекология: время расставить точки над і

**Лешунов
Евгений Викторович**

Врач пластический хирург,
уролог, Научный руководитель
Евро-Азиатской Ассоциации
Специалистов Эстетической
Медицины, Член правления
ISRAIT, Член WOSIAM, РОУ

Эстетическая гинекология — это динамически развивающаяся область, которая расположилась на стыке нескольких специальностей, а именно гинекологии, дерматологии, пластической хирургии, сексологии, урологии, косметологии и эндокринологии. Как субспециализация, она приобрела немало сторонников среди врачей разных специальностей, хотя появилась относительно недавно — в 2001 году в США и лишь в 2010 году в России.

Методы и технологии, которые до недавнего времени были доступны только специалистам, связанным с эстетической медициной, сегодня активно используются в нашей практической деятельности. Так, в эстетической гинекологии в разное время появились методы пластической и реконструктивной медицины, инъекционные методы с применением тканевых биостимуляторов и объемобразующих веществ, аппаратные методики, а также нитевые методы.

Одной из тенденций эстетической гинекологии в России является популяризация междисциплинарного подхода с целью вовлечь все больше специалистов в вопросы улучшения качества сексуальной жизни женщин, в то время как в США этот подход считается неверным и предпринимаются попытки выделения отдельной специализации – врача сексуальной медицины, способного заниматься вопросами сексуальных дисфункций без необходимости привлечения смежных специалистов. Данная тенденция поддерживается Международным и Европейским обществами сексуальной медицины.

Несмотря на разность в организационных вопросах, среди специалистов, занимающихся вопросами эстетической гинекологии, достигнут консенсус о том, что базовыми целями клинической практики в данной специальности должны стать клиническая эффективность в отношении функционального и эстетического результата, а также необходимость достижения и поддержания качества сексуальной жизни.

В отношении методов и техник достижения данных результатов в эстетической гинекологии, как и в целом в эстетической медицине, выставлен вектор на минимизацию хирургического воздействия посредством внедрения минимально инвазивных методик и технологий регенеративной медицины.

Комплекс процедур, направленных на улучшение качества сексуальной жизни женщин посредством применения технологий и методов, ранее доступных только специалистам эстетической медицины, на сегодняшний день приня-

то объединять под термином «эстетическая (в США и Европейских странах — косметическая) гинекология» (ЭГ).

Термин «интимное омоложение» не является отражением какой-то конкретной проблемы, а таковых в области вульвы и влагалища немало, поэтому ответить односложно не получится.

Для каждой проблемы, с которой мы сталкиваемся, есть несколько методов, которые, как правило, отличаются уровнем инвазивности, эффективностью, профилем безопасности, реабилитацией, ну и, что немаловажно, — ценой. С учетом всех этих факторов, а также пожеланий пациента специалист подбирает тот или иной метод.

Например, при такой проблеме, как гипертрофия (увеличение) малых половых губ, есть несколько возможных стратегий: устранить гипертрофию с помощью хирургической коррекции (операция лабиопластика) или с помощью восстановления объема больших половых губ (введение филлеров или липофилинг), а может, и их комбинацией.

Такой подход позволяет врачу использовать принцип персонализированного подхода и решать проблему конкретного пациента с учетом его индивидуальных особенностей.

Данное направление включает в себя спектр хирургических (таких как лабиопластика, липофилинг вульвы, гименопластика и вагинопластика) и нехирургических процедур (лазерное омоложение, введение объемообразующих препаратов, косметологические процедуры и применение нитей), направленных на улучшение эстетического вида и/или сексуальной функции.

В последние годы ЭГ приобрела особую популярность в странах постсоветского пространства, где до недавнего времени «секса не было», а сегодня в каждой клинике и на каждом конгрессе можно услышать откровенный разговор об интимных вопросах.

В нашем статистическом исследовании, проведенном среди врачей, обученных в УЦ «Школа профессора Юцковской» на курсе ТУ «Школа эстетической гинекологии» с 2010 по 2019 год, мы отметили увеличение количества ежегодно выполняемых процедур на 30% за последние 5 лет, что свидетельствует о повышении социального запроса среди населения. Возможно, данная ситуация связана с повышением уровня информированности населения, однако нельзя исключать и того, что спрос может быть продиктован вновь появившимся предложением с довольно агрессивным маркетингом.

Ретроспективно оценивая клинический опыт, накопленный нами за последние 8 лет активной клинической практики, можно с уверенностью сказать, что большинство процедур, выполненных нами до 2013 года, носили скорее эстетический характер и были направлены на исправление врожденных и приобретенных деформаций вульвы, в то время как последние 5 лет активно развивается урогинекологическое направление, которое в корне изменило вектор позиционирования методов ЭГ в нашей стране.

Так, на сегодняшний день, опираясь на мнение, высказанное организационным комитетом IUGA (Международная урогинекологическая ассоциация), ЭГ в большей мере должна базироваться на урогинекологической практике, ввиду

того что в контексте ежедневной рутины специалиста-урогинеколога или эстетического гинеколога (модно – beauty-гинеколога) можно отметить, что это те же пациенты, примерно с теми же проблемами, однако требующими, помимо функциональных результатов (улучшение удержания мочи, снижение болезненности и сухости и т.д.), улучшения качества сексуальной жизни и эстетической коррекции вульвы.

Рост популярности ЭГ привлек внимание научного и академического сообщества во всем мире. В 2007 году, еще на этапе становления данного направления, Американский колледж акушерства и гинекологии (ACOG), организация, регламентирующая политику в отношении материнства и детства по ту сторону Атлантического океана, опубликовала критический комментарий относительно методов ЭГ, которые, по мнению данного регулятора, не являются безопасными и эффективными, а также несут риски, связанные с развитием инфекций, диспареунии и рубцевания. С аналогичными комментариями выступили комитеты по этике Королевского колледжа акушерства и гинекологии (RCOG), Королевского австралийского и новозеландского колледжа акушеров и гинекологов (RANZOG) и Общества акушеров и гинекологов Канады, призвав отказаться от деструктивного маркетинга методов и технологий, ассоциируемых с ЭГ.

Возможно, данное мнение связано с проведенным в том же году исследованием среди резидентов-гинекологов, в котором ACOG установил, что более 55% резидентов рассматривают ЭГ как возможное направление клинической практики. Тем не менее во всем академическом сообществе только Американское общество косметических хирургов (ASCS) официально признает ЭГ отдельным направлением клинической практики.

Стоит отметить, что в нашей стране ЭГ претерпевает не меньшие изменения. Еще в 2011 году корифеи гинекологического сообщества призывали не поддаваться «новомодным западным трендам» и не обучаться им у специалистов эстетической медицины, в то время как сегодня они организуют сообщества и ассоциации, готовые объединить под знаменами ЭГ всех интересующихся. Метаморфозы, продиктованные растущим социальным запросом, с одной стороны, и предложением рынка эстетической медицины — с другой, сделали возможным развитие ЭГ как самостоятельной субспециализации в нашей стране. Тем не менее, наряду с урогинекологией, ЭГ пока не входит в списки специальностей, доступных для освоения по программе ПП.

Стоит также обратить внимание на новости последних дней, которые взбудоражили сообщество специалистов, занятых ЭГ. Так, 30 июля 2018 года FDA (американский аналог Росздравнадзора) опубликовало предупреждение для специалистов и компаний, вовлеченных в производство, продажу и конечное использование аппаратов для «вагинального омоложения», призвав 7 компаний, среди которых Alma Lasers, BTL Industries, Synosure (дистрибутирует MonaLisaTouch), InMode, Sciton, Thermi и Venus Concept, представить в течение 30 дней отчет о клинических исследованиях эффективности и безопасности данных технологий, в противном случае технологии будут недоступны для использования на территории США. Новость действительно шокирующая, но почему сейчас? Почему именно эти технологии?

Анализируя публикации, доступные в системе Pubmed, мы не сможем найти материалов, описывающих осложнения после применения вышеупомянутых технологий, за исключением двух статей об осложнениях, полученных при применении CO₂-лазера, однако опубликованных в нерецензируемых журналах с низким импакт-фактором. Наоборот, в последние 4 года мы наблюдаем стремительный рост количества публикаций, которые показывают эффективность применения лазерных и радиоволновых технологий при таких состояниях, как мочеполовой синдром менопаузы, недержание мочи и даже склероатрофический лишай вульвы. Возможно, компании из «большой фармы», вовлеченные в рынок МГТ, могут быть не слишком довольны складывающимися обстоятельствами, время покажет.

На сегодняшний день перед нами, специалистами, стоящими у истоков новой субспециализации, призванной улучшить качество жизни женщин, поставлено множество задач и обязательств, которые мы можем и должны решать сообща.

Деструктивный маркетинг, «черный PR», манипуляции профессиональным сообществом с помощью административного ресурса — это то, что эстетическая гинекология в нашей стране проходит вместе со всей эстетической медициной, однако ее будущее в наших руках.

Назимова Е.М.

Интегративный подход к решению эстетических задач в интимной сфере женщины

*В человеке всё должно быть прекрасно:
и лицо, и одежда, и душа, и мысли...*

А. П. Чехов

**Назимова
Евгения Михайловна**

Главный врач и сооснователь «Клиники доктора Назимовой», врач гинеколог-эндокринолог высшей квалификационной категории, врач УЗИ, маммолог, член Ассоциации Специалистов Эстетической Гинекологии, член Российской ассоциации гинекологов-эндокринологов. Член Российской Ассоциации Междисциплинарной Антивозрастной Медицины (RUSIAM).

Современный успешный человек должен быть красив и ухожен. А значит, нужно не только следить за здоровьем, но и поддерживать красоту и молодость лица и тела. Эстетическая медицина, пожалуй, одно из наиболее стремительно развивающихся на сегодняшний день направлений. С каждым днем арсенал врачей эстетической медицины пополняется новыми препаратами, методиками и аппаратами. Все производители обещают чудеса, которые должны произойти с нами при соприкосновении с новейшими достижениями эстетической медицины.

И действительно: на современном рынке немало хорошо работающих технологий, дающих во многих случаях реальный результат. Во многих, но не во всех.

Почему же так происходит? Отчего одной пациентке косметологическая процедура приносит молодость и красоту, а второй — только массу осложнений и длительный реабилитационный период?

Все дело в том, что мы пытаемся работать по унифицированным схемам. И это замечательно, с одной стороны, т.к. оберегает наших пациентов от опасных ошибок. Однако все мы разные и поэтому по-разному реагируем на абсолютно идентичные воздействия.

От чего же зависит достигнутый эффект?

В первую очередь, от текущего состояния организма. Не зря о коже говорят как о зеркале того, какие процессы происходят внутри нас. Подавляющее число омолаживающих процедур работают по принципу «контролируемой травмы», когда с помощью иглы, лазерного, химического или термического воздействия происходит травматизация кожи и/или слизистых оболочек с разрушением клеток и межклеточного матрикса. В ответ на такое воздействие организм запускает механизм восстановления тканей, синтезируя новые волокна и клетки. Но для того чтобы это произошло, организм должен иметь возможности и ресурсы для репарации.

А если к нам «за красотой» обратился человек с множественными дефицитами, в том числе аминокислот, витаминов, микроэлементов, необходимых для такого синтеза? Вряд ли у подобного пациента мы получим улучшение ситуации. А вот вероятность осложнений значительно увеличится.

После 40 лет значительная часть женщин начинает испытывать дефицит половых стероидов. Сначала, как правило, прогестерона, потом эстрогенов, а в некоторых случаях — и андрогенов. Половые стероиды играют важную роль в поддержании структуры, качества и тонуса соединительной ткани: кожи, подкожной клетчатки, фасций и мышц. Они оказывают значимое влияние на структуру коллагеновых и эластиновых волокон, барьерную функцию эпидермиса. Хорошо известно, что, кроме этого, недостаток эстрогенов существенно ухудшает васкуляризацию тканей, а значит, и оксигенацию их, и поступление питательных веществ, необходимых для репарации тканей.

Особенно остро начинающееся снижение уровня эстрогенов проявляется у курящих женщин из-за изменения насыщения тканей эстрогенами при курении.

И именно такие пациентки наиболее часто обращаются к специалистам эстетической медицины с жалобами на возрастные изменения кожи, ослабление тонуса мышц и вызванный этим прогностический прогноз тканей лица и тела.

Второй очень важный фактор, влияющий на результативность процедур, — генетические особенности пациента.

На сегодняшний день хорошо изучено влияние ряда однонуклеотидных полиморфизмов генов, отвечающих за синтез коллагеновых и эластиновых волокон (COL1A1, ELN), барьерную функцию кожи (FLG, AQP3), активность антиоксидантной системы (SOD1, SOD2, GPX1, CAT, NQO1, BCMO1), а также риски возникновения различных патологических изменений кожи, в том числе в результате ятрогенного влияния: гиперпигментация (TYR, IRF4, MC1R), формирование рубцовой ткани (MMP1, MMP3, TIMP1), воспалительные изменения (TNFα, IL6, IL4, IL13, IL6R).

Зная и понимая индивидуальные генетические особенности пациента, можно заранее сформировать оптимальный план действий без риска получить нежелательные реакции и осложнения.

Кроме того, изучение генетических полиморфизмов способно максимально индивидуализировать коррекцию общего состояния организма, оптимизировать питание и образ жизни пациента, составить индивидуальный план регулярных диагностических и лечебных мероприятий, направленных на поддержание оптимального состояния здоровья и сохранение компенсаторного потенциала организма для долгой, качественной и красивой жизни.

Говоря о необходимости поддержания оптимального гормонального гомеостаза наших пациентов, нередко приходится сталкиваться с многообразными страхами, связанными с использованием гормональных препаратов. Нередко сами врачи боятся использовать гормональную терапию, транслируя свою позицию пациенту.

Изучение персональных полиморфизмов генов, отвечающих за синтез половых стероидов (CYP19A1, CYP17A1), рецепторную чувствительность тканей к гормональной стимуляции (AR, ESR1, PGR), риски тромбофилии, гипергомоцистеинемии (MTHFR, MTR, MTRR), а также метаболизма эстрогенов (GST, COMT и др.) позволяют избежать вероятностного подхода в составлении программы коррекции перименопаузального и менопаузального периода и минимизировать риски гормональной терапии.

Поэтому для достижения лучших результатов в развитии эстетической медицины абсолютно необходимо объединение усилий единомышленников: косметологов, гинекологов, эндокринологов, а также высокомотивированных пациентов, понимающих, что их красота зависит не только от умелых рук врача и высоких технологий, но требует и от них усилий по поддержанию здоровья в целом, коррекции образа жизни и питания.

Процаев К.И.

Нормализация микробиоты — путь к улучшению состояния психоэмоциональной сферы

**Процаев
Кирилл Иванович**

Д.м.н., профессор, директор
Научно-исследовательского
медицинского центра
«Геронтология», Москва

**Коршун
Елена Игоревна**

К.м.н., доцент кафедры
терапии, гериатрии и
антивозрастной медицины
Академии постдипломного
образования Федерального
медико-биологического
агентства России, Москва

В настоящее время в клиниках превентивной медицины активно ведется поиск инновационных методов профилактики. Такие методы включают в себя средства, обладающие многопрофильным действием на уровне клетки, являющиеся биорегуляторами и тем самым способные повышать качество жизни. Актуальным представляется изучение этих методов и средств с точки зрения доказательной медицины.

Согласно современным научным данным, при определении массы тела человека 43% составляют непосредственно клетки человека, а 57% — клетки микроорганизмов, которые располагаются на поверхности кожи, во рту и носоглотке, в желудочно-кишечном тракте. В связи с этим появился новый объект внимания исследователей — это параллельный геном с мощным регуляторным аппаратом.

Определенные обстоятельства современной жизни, такие как психоэмоциональные перегрузки, стрессовое перенапряжение, синдром хронического информационного истощения, загрязнение окружающего воздуха, некачественная вода и пища и многие другие, приводят к формированию когнитивного диссонанса, соответствующим патогенетическим процессам, нарастанию уровня тревожности и депрессии, ухудшению общего субъективного самочувствия, снижению иммунного ответа и развитию антиоксидантного дисбаланса. Повышается предрасположенность к инфекционным заболеваниям, реактивация латентной инфекции, что приводит к хронизации заболеваний и снижению качества жизни. Синдром повышенной проницаемости кишечной стенки является одним из факторов снижения резервных сил организма.

В настоящее время установлена четкая взаимосвязь между центральной нервной системой и кишечной микробиотой, появилось понятие «ось «головной мозг — кишечник»». Головной мозг может влиять на кишечную микробиоту. Например, на нормальную кишечную микробиоту может воздействовать стресс. Стресс может вызвать в кишечном тракте определенные изменения: меняется характер эпителиальной функции, снижается продукция муцина, изменяется функция энтероэндокринных клеток, могут наблюдаться разнонаправленные изменения перистальтики, снижение иммунного ответа и другие изменения.

Кишечная микробиота, в свою очередь, может воздействовать на головной мозг и поведение человека. Микроорганизмы, населяющие кишечник, могут способствовать активизации нейронных афферентных цепей в головном мозге, могут активировать мукозальные иммунные ответы и продуцировать метаболиты, которые непосредственно влияют на центральную нервную систему.

В настоящее время одним из методов профилактики нарушений резервных сил организма и связанных с этим последствий является коррекция взаимосвязи центральной нервной системы и кишечной микробиоты.

В качестве инновационных разработок для решения этих проблем выступают метабиотики. Типичным представителем метабиотиков является биорегулирующий препарат Дайго (Daigo®), производитель B&S Corporation Ltd. (Токио, Япония). Биорегулятор Дайго не является лекарственным средством и не является БАДом. Он содержит смесь пептидов-биорегуляторов, экстрагированных из бактериальных клеток 16 штаммов физиологических лактобактерий (таких видов, как *Lb. acidophilus*, *Lb. brevis*, *Lb. casei*, *Lb. curvatus*, *Lb. fermentum*, *Lb. plantarum*, *Lb. rhamnosus*, *Lb. salivarius*), которые колонизируют кишечник здорового человека. Препарат производится посредством ферментного экстракта 16 бактерий.

Принцип воздействия исследуемого препарата на организм человека: в кишечник поступают определенные ферменты, которые способствуют улучшению микрофлоры кишечника за счет стимуляции размножения полезных и нужных для организма человека бактерий, поступают вещества тех бактерий, которые способствуют иммунорегуляции за счет стимуляции процессов, протекающих в пейеровых бляшках, и происходит воздействие на ворсинки кишечника, на нуклеиновые кислоты и бактериальные тела продуктов, которые находятся в кишечнике. При этом улучшается состояние микробиоты кишечника, уменьшается проницаемость кишечной стенки. Все это в конечном итоге приводит к коррекции взаимоотношений оси «микробиота кишечника — головной мозг». Восстановленная микрофлора подавляет патогенные (вредные) бактерии и микроорганизмы, выводит яды и токсины.

Метабиотики, в частности исследуемый препарат Дайго (Daigo®), влияют на течение целого ряда заболеваний, способствуют профилактике и патогенетической коррекции этих заболеваний (иммунная система, нейроиммунная и эндокринная системы), способствуют нормализации кишечной проницаемости и купированию синдрома повышенной кишечной проницаемости и влияют на микробиоту, которая по оси «кишечник — головной мозг» способствует профилактике депрессии, тревожности, повышенной утомляемости и других состояний, ухудшающих качество жизни.

Таким образом, актуальным представляется изучение свойств биорегулирующего препарата Дайго (Daigo®) как иммуномодулятора, нейропротектора, антиоксиданта и биологически активного компонента, улучшающего психологическое здоровье и качество жизни.

Нами были исследованы пациенты в молодом и среднем возрасте 32–56 лет. Выбор пациентов молодого и среднего возраста обусловлен возможностью со-

ставления ранних профилактических программ с помощью применения биорегулирующего препарата Дайго (Daigo®) как иммуномодулятора, нейропротектора, антиоксиданта и биологически активного компонента, улучшающего психологическое здоровье и качество жизни. Выборка составила 30 человек, из них 15 мужчин и 15 женщин.

При оценке субъективных ощущений по шкале ВАШ (Визуальная аналоговая шкала), нами было выявлено, что после применения биорегулирующего препарата Дайго (Daigo®) достоверно повышается самооценка физической активности и энергичности на 9 и 14,3 балла соответственно (табл. 1).

Таблица 1. Средний балл субъективных ощущений (M ± m, баллы)

Показатели	Исследуемые пациенты (n = 30)	
	До применения препарата	Через 3 мес применения препарата
Самооценка физической активности	66,1 ± 0,6	75,3 ± 0,9*
Самооценка энергичности	72,1 ± 0,8	86,4 ± 1,0*
Самооценка общего самочувствия и благополучия	72,3 ± 0,8	89,1 ± 1,0*

* $p < 0,05$ между показателями до применения препарата и через 3 мес после применения препарата.

Самооценка общего самочувствия и благополучия достоверно повысилась на 16,8 балла после применения биорегулирующего препарата Дайго (Daigo®).

Таким образом, можно сделать вывод, что биорегулирующий препарат Дайго (Daigo®) повышает физическую активность и энергичность, что, соответственно, улучшает общую оценку самочувствия.

Применение биорегулирующего препарата Дайго (Daigo®) улучшает состояние кишечной проницаемости, что по механизму отрицательной обратной связи запускает механизмы положительной обратной нейропластичности и приводит к улучшению общего психологического благополучия.

При применении шкалы ситуативной тревожности теста Спилбергера — Ханина нами было выявлено, что до начала применения препарата имел место достоверно более высокий уровень тревожности, что составило 35,4 + 1,1 балла (средний уровень тревожности) за счет ситуативного компонента по сравнению с показателями после применения биорегулирующего препарата Дайго (Daigo®), что составило 22,1 + 0,9 балла (низкий уровень тревожности), $p < 0,05$ между показателями до применения препарата и через 3 мес после применения препарата.

Тревожность имела достоверную сильную положительную корреляцию с такими ощущениями, как «я нервничаю» ($r = +0,93$, $p < 0,05$); «я встревожен» ($r = +0,88$, $p < 0,05$); «я озабочен» ($r = +0,87$, $p < 0,05$); «я нахожусь в напряжении» ($r = +0,85$, $p < 0,05$). Однако после применения биорегулирующего препарата Дайго (Daigo®) тревожность не имела положительных корреляционных связей ни с одним из исследуемых ощущений. Эти данные свидетельствуют о том, что

применение биорегулирующего препарата Дайго (Daigo®) улучшает состояние кишечной проницаемости, что по механизму отрицательной обратной связи запускает механизмы положительной обратной нейропластичности и приводит к снижению степени выраженности тревожного синдрома, который может приводить к депрессивным расстройствам.

При оценке качества сна по шкале Sleep Quality Scale (SQS) нами было определено, что до применения препарата у большинства исследуемых отмечалась инсомния в виде таких проявлений, как поверхностный сон с ночными пробуждениями ($r = +0,88, p < 0,05$); чувство невысыпания ($r = +0,85, p < 0,05$); чувство усталости при пробуждении после ночного сна ($r = +0,84, p < 0,05$), дневная сонливость ($r = +0,82, p < 0,05$).

Средний балл качества сна до применения препарата составил $12,1 \pm 0,2$ балла, что свидетельствует о нарушениях процессов сна.

После применения биорегулирующего препарата Дайго (Daigo®) качество сна достоверно улучшилось в 2,4 раза и составило $5,1 \pm 0,01$ балла за счет снижения степени таких параметров, как чувство невысыпания ($r = +0,32, p < 0,05$); чувство усталости при пробуждении после ночного сна ($r = +0,18, p < 0,05$), дневная сонливость ($r = +0,10, p < 0,05$).

Таким образом, применение биорегулирующего препарата Дайго (Daigo®) улучшает состояние кишечной проницаемости, что по механизму отрицательной обратной связи запускает механизмы положительной обратной нейропластичности и приводит к повышению качества сна, снижая чувство невысыпания, усталости при пробуждении после ночного сна, дневной сонливости.

Оценка параметров качества жизни до и после применения биорегулирующего препарата Дайго (Daigo®) представлена в **табл. 2**.

Таблица 2. Оценка качества жизни ($M \pm m$, баллы)

Шкалы	Исследуемые пациенты ($n = 30$)	
	До применения препарата	Через 3 мес после применения препарата
1. Physical Functioning — PF	$58,5 \pm 1,2$	$73,7 \pm 5,1^*$
2. Role-Physical Functioning — RP	$64,3 \pm 1,3$	$78,1 \pm 1,3^*$
3. Bodily pain — BP	$80,0 \pm 1,3$	$89,7 \pm 1,3$
4. General Health — GH	$49,5 \pm 1,1$	$74,4 \pm 1,4^*$
5. Vitality — VT	$58,3 \pm 1,1$	$79,5 \pm 1,5^*$
6. Social Functioning — SF	$49,3 \pm 1,1$	$69,7 \pm 1,4^*$
7. Role-Emotional — RE	$47,1 \pm 1,1$	$78,4 \pm 1,5^*$
8. Mental Health — MH	$55,1 \pm 1,1$	$79,3 \pm 1,5^*$
Физический компонент здоровья	$63,1 \pm 1,1$	$79,0 \pm 1,5^*$
Психологический компонент здоровья	$52,5 \pm 1,1$	$76,7 \pm 1,5^*$
ВАШ — визуальная аналоговая шкала, мм	$52,3 \pm 1,1$	$75,6 \pm 1,5^*$

* $p < 0,05$ между показателями до применения препарата и через 3 мес после применения препарата.

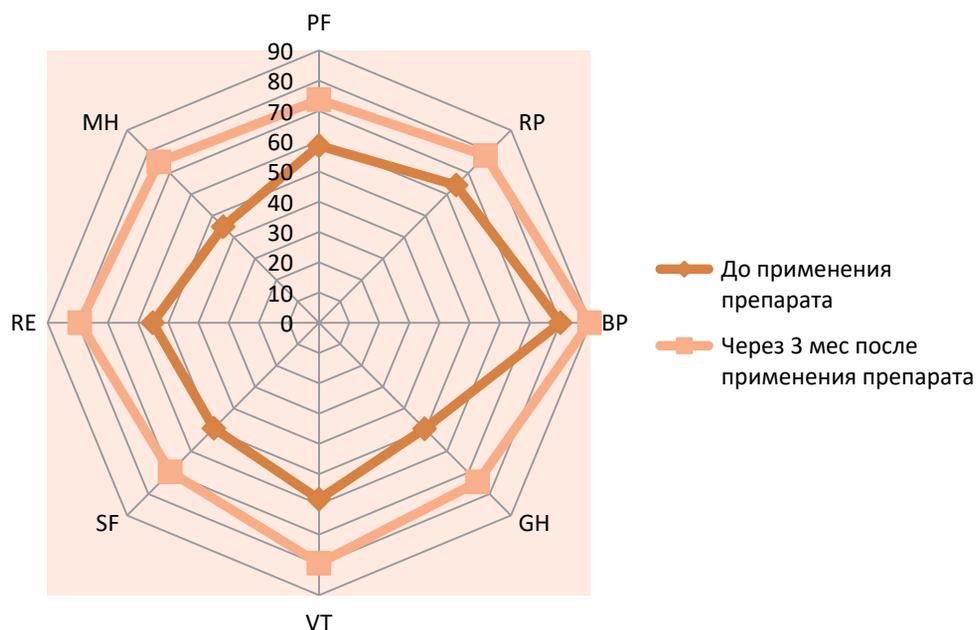


Рисунок. Динамика качества жизни ($M \pm t$, баллы)

Отмечалось достоверное улучшение качества жизни по всем изучаемым параметрам, кроме характеристик боли, после применения биорегулирующего препарата Дайго (Daigo®), однако обращает на себя внимание значительное достоверное улучшение параметров общего здоровья (General Health — GH) в 1,5 раза по сравнению с результатами до применения препарата, улучшение статуса ментального здоровья (Mental Health — MH), эмоционального и социального функционирования (Social Functioning — SF и Role-Emotional — RE) в 1,4 раза по сравнению с результатами до применения препарата (см. **рисунок**).

Динамика качества жизни по ВАШ также улучшилась в 1,4 раза после применения биорегулирующего препарата Дайго (Daigo®).

Следовательно, после применения биорегулирующего препарата Дайго (Daigo®) улучшается качество жизни по физическому и психологическому компонентам, в максимальной степени по психологическому компоненту.

Применение биорегулирующего препарата Дайго (Daigo®) запускает механизмы положительной обратной нейропластичности, что приводит к улучшению общего психологического благополучия, повышает качество питания и мышечную силу, снижает степень выраженности тревожного синдрома, улучшает состояние сна. Все это в совокупности повышает качество жизни, преимущественно за счет психологического компонента. Таким образом, целесообразно применение метабитиков в качестве важного компонента мультимодальных профилактических и реабилитационных программ.

Литература

1. **Ильницкий А.Н., Прощаев К.И.** Продолжение будет: Книга о возрасте. Минск: Дискурс, 2019. 224 с.
2. **Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Трофимова С.В., Бирюкова И.В.** Превентивная гериатрия, или антивозрастная медицина. Успехи геронтологии 2015; 28(3): 589–592.
3. Метабиотики в профилактике возрастной патологии: методические рекомендации для врачей лечебных специальностей / Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства». М.: Триумф, 2019. 31 с.
4. **Caporaso J.G., Lauber C.L., Costello E.K., et al.** Moving pictures of the human microbiome. *Genom Biol* 2011; 12: 50–59.
5. **Claesson M.J., Cusack S., O’Sullivan O., et al.** Composition, variability, and temporal stability of the intestinal microbiota of the elderly. *Proc Natl Acad Sci USA* 2011; 108: 4586–4591.
6. **Spor A., Koren O., Ley R.** Unravelling the effects of the environment and host genotype on the gut microbiome. *Nat Rev Microbiol* 2011; 9: 279–290.
7. **Tan B.L., Norhaizan M.E., Liew W.P., Sulaiman Rahman H.** Antioxidant and Oxidative Stress: A Mutual Interplay in Age-Related Diseases. *Front Pharmacol* 2018; 16(9):11–62.

Савастру Ю.В.

Малоинвазивные методы коррекции асимметрии лица при парезе лицевого нерва

Савастру Юлия Вениаминовна
Основатель клиники эстетической медицины и косметологии Skin Architect, врач дерматовенеролог, косметолог, сертифицированный тренер APTOS, сертифицированный тренер AESTEFIL, спикер образовательного проекта MedicalEsthetic

В природе не существует ни абсолютно симметричных, ни абсолютно асимметричных объектов. Асимметрия лица и тела в той или иной степени присуща каждому из нас. Небольшая неровность бровей, век, углов рта, различные размеры и положение крыльев носа, ушей, выпуклости щек достаточно частое явление. Если же асимметрия выражена в значительной степени, необходимо выполнять хирургическую коррекцию, так как использование консервативных методов не обеспечивает достижения удовлетворительного результата ни в функциональном, ни в эстетическом плане.

Клинический случай 1

Пациентка: А., 33 года. Обратилась по поводу уменьшения посттравматической асимметрии лица (**фото 1А**).

Анамнез: в 2018 году после ДТП были получены многочисленные травмы головы, в результате чего был поврежден лицевой нерв.

Status morbi: после проведенной операции по восстановлению лицевого скелета (структуры нижней челюсти) улучшение состояния наблюдалось, но мимическая активность поврежденной стороны осталась без изменений.



Фото 1. Пациентка А., 33 года: до (А) и после (Б) лечения

Status vitae: без особенностей, не учитывая поражения тройничного, подъязычного и возвратного нервов.

Диагноз: паралич мимических мышц слева, сочетанное повреждение тройничного, подъязычного и возвратного нервов.

ЛЕЧЕНИЕ

1-й этап: ботулинотерапия на здоровой стороне, за 2 недели до выполнения нитевого лифтинга. Общее количество — 50 ЕД онаботулотоксина. Цель: снизить гипертонус мышц на здоровой стороне, тем самым инициировав компенсаторное включение мышц на поврежденной стороне. Через 2 нед наблюдалась положительная динамика на поврежденной стороне.

2-й этап: нитевой лифтинг на поврежденной стороне. Имплантация нити-пружины из рассасывающегося материала подкожно — с целью поднять уголок рта.

В результате проведенных этапов лечения удалось добиться гармонизации лица и счастливой улыбки пациентки (**фото 1Б**). Мы продолжаем работать с пациентом, планируем имплантировать нити из нерассасывающегося материала для более продолжительного эффекта.

Клинический случай 2

Пациентка: Д., 20 лет. Обратилась по поводу уменьшения посттравматической асимметрии лица (**фото 2А**).

Анамнез: в возрасте 3 мес пациентке была проведена операция по удалению ангиомы заушной области слева, в результате которой был поврежден лицевой нерв.

Status morbi: несмотря на ранее пройденные этапы лечения, а именно лечение у невропатолога и физиотерапевтические процедуры, улучшения состояния не наблюдалось.

Status vitae: без особенностей, не учитывая означенного поражения лицевого нерва.

Диагноз: послеоперационный парез левого лицевого нерва.



Фото 2. Пациентка Д., 20 лет: до (А) и после (Б) лечения

ЛЕЧЕНИЕ

1-й этап: ботулинотерапия на здоровой стороне за 2 нед до выполнения нитевого лифтинга. Общее количество — 50 ЕД онаботулотоксина.

2-й этап: многоуровневый нитевой лифтинг с использованием нитей с системой фиксации с целью перемещения ПЖК и фиксации связок.

3-й этап: нитевой лифтинг и контурная пластика в средней трети лица препаратами на основе гиалуроновой кислоты в количестве 2 мл.

В результате проведенного лечения пациентка осталась довольна (**фото 2Б**). Она отмечает улучшение функциональных показателей глаза, который до вышеуказанных процедур оставался в открытом состоянии, а после стал закрываться, и визуальное улучшение лица за счет более симметричного вида при сравнении здоровой и пораженной сторон.

Выводы

У пациентов со стойкими асимметриями лица вследствие некурабельных односторонних поражений лицевого нерва целесообразно проводить комплексную терапию с помощью нитевого лифтинга, ботулотоксинов и филлеров ГК с целью улучшения внешнего вида и повышения уровня качества жизни.

Семенцов А.

Продавать или лечить?

На приеме косметолога — мужчина

Гендерно обусловленные мотивы и опасения пациентов-мужчин

Доля мужчин среди общего числа пациентов, обращающихся к врачам сферы эстетической косметологии, до сих пор незначительна, однако число их неуклонно растет. Работа с мужчинами имеет свою специфику, которую должен учитывать врач-косметолог, рассчитывающий снискать благосклонность этих пациентов. И речь здесь идет не только о физиологических особенностях и протоколах лечения.

Прежде всего, врач должен иметь представление о том, что у пациентов-мужчин существуют отличные от женщин мотивы и опасения относительно косметологического вмешательства. Начнем с мотивов.

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ

Какие мотивы приводят мужчин в эстетическую косметологию? Приоритет здесь, конечно, определить несложно. Ведущим мотивом у мужчин, как у женщин, является следование моде на молодость и красоту. Мужчины стали больше внимания уделять уходу за своим телом и лицом. Часть из них это внимание раньше или позже приводит в кабинет косметолога.

И тут, имея с женщинами общий базовый мотив, мужчины проявляют специфическую мотивацию. Для мужчин чаще, чем для женщин, косметологические услуги являются предметом статусного потребления. Причем, в отличие от женщин, статусное потребление косметологических услуг начинается с гораздо более высокого уровня дохода. Вначале мужчины демонстрируют свой доход с помощью более привычных «мужских» атрибутов: автомобиля, одежды и аксессуаров, стоматологии, фитнеса и т.д. И лишь затем добиваются до эстетической медицины.

Второй — дополнительный — мужской мотив связан с опасением потерять работу и, как следствие, доход с наступлением старости. Переступая определенный возрастной рубеж, мужчины ощущают, как молодежь «дышит им в затылок», начинают бояться, что начальство решит, будто «старикам тут не место». Особенно это характерно для руководящих работников крупных компаний, где ротация кадров велика, а ее критерии порой довольно туманны.

Семенцов Алексей

К.э.н, ведущий бизнес-тренер и консультант Школы эффективного бизнеса, Екатеринбург

Третий — особенный — мотив скорее напоминает оправдание перед самим собой для мужчины, который обращается к косметологу. Можно назвать этот мотив запросом на лечебный эффект. Мужчины часто интересуются полезностью косметологических услуг с точки зрения здоровья в обывательском смысле этого слова: отсутствие болезней, физическая сила, выносливость и т.п. Порой мужчинам хочется представить себе обращение к косметологу в качестве необходимого врачебного вмешательства, как минимум профилактического. Например, мужчины с большим энтузиазмом относятся к тому факту, что ботулотоксин способствует мышечному расслаблению и снятию головных болей. В случае наличия такого или подобного эффекта эффект эстетический становится как бы побочным, достигаемым непреднамеренно.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОПАСЕНИЯ

Теперь обратимся к специфическим опасениям относительно косметологии. Не является секретом страх мужчин перед болью и побочными эффектами медицинского вмешательства. В полной мере это проявляется и в эстетической медицине. Пациент-мужчина как никто будет расспрашивать о побочных эффектах, рисках, влиянии процедур на общее физическое состояние организма. И именно мужчины в большинстве своем весьма нетерпимы к боли, с которой связан ряд косметологических процедур. Особенностью переживания боли является также дополнительно опасение, что боль является сигналом того, что что-то идет не так.

Вторым характерным специфическим опасением является страх раскрытия. Некоторые мужчины считают постыдным быть пациентом врача-косметолога, и абсолютное большинство полагают важным скрыть этот факт от своего окружения. Иногда доходит до того, что мужчина стремится сохранить инкогнито и перед врачом: регистрируется на прием под вымышленным именем, старается прийти тайком, даже меняет клинику из страха быть узнанным.

Третий мужской страх — это боязнь феминизации. Мужчины, прибегая к услугам врача-косметолога, испытывают страх, порой безотчетный, начать походить на женщину. Этот страх имеет два вектора. Разумеется, ни один мужчина традиционной сексуальной ориентации не хочет внешне напоминать женщину. Случается, мужчины имеют опасение, что в результате косметологических процедур в их внешности появятся женские черты. Второй вектор этого опасения — страх мужчины походить на женщину в поведенческом плане. Обращение к косметологу частью мужчин воспринимается как исключительно женское поведение. Этот страх может быть связан как с внутренним нежеланием вести себя «по-женски», так и с боязнью общественного порицания и осмеяния, о чем мы уже писали выше.

Вот так мы с вами увидели эстетическую медицину через призму мотивов и опасений мужчин. И тех и других получилось по три. Интересно, что в конкретном пациенте-мужчине разные страхи и ожидания порой сочетаются друг с другом, составляя причудливый коктейль, с которым и приходится иметь дело врачу.

Задача врача-косметолога — знать и учитывать в своей работе с мужчинами их мотивы и опасения, включая картину мира реального и, следовательно, уникального пациента. Понимание и учет этих мужских особенностей позволяет

выстроить с пациентом эффективную коммуникацию и реализовать лечебный план. Как строить работу с пациентом-мужчиной, исходя из их особенностей восприятия косметологии, мы расскажем ниже.

Терапевтический альянс с пациентом-мужчиной

Врач-косметолог может по праву гордиться наличием у себя мужской клиентуры. И хотя процент ухаживающих за собой мужчин растет, мужчинам, как было указано выше, все еще присущи страхи и стереотипы в отношении эстетической медицины. Поэтому счастливый пациент-мужчина — это все еще нелегкий труд врача эстетической медицины безотносительно сложности самих процедур и лечебного плана. Мы уже подчеркнули необходимость учитывать не только гендерные особенности мужчин, но и их специфические мотивации и страхи. Сейчас речь пойдет об особенностях построения терапевтического альянса с пациентом-мужчиной. Напомним, что терапевтический альянс основывается на признании пациентом силы врача, его способности оказать помощь в решении проблем пациента, а также на ощущении пациентом возможности достичь эстетического результата.

ДЕЛАТЬ МУЖЧИНУ МУЖЧИНОЙ БЛАГОДАРЯ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

С самого начала работы с пациентом-мужчиной необходимо прикладывать усилия для преодоления страха феминизации. Врач эстетической медицины должен акцентировать внимание на подчеркивании мужских черт лица, не только фактически придавая им большую значимость, но и подкрепляя это соответствующими объяснениями. Врачу следует проговаривать, как и в каких чертах он видит мужскую привлекательность, какие исходные данные есть у пациента, каков будет путь эстетической коррекции. Пациент-мужчина должен получить уверенность в одинаковом с врачом понимании мужской красоты и своей способности ее достичь в ходе процедур. Часто мужская красота может быть связана в объяснении врачом ожидаемого эстетического эффекта с повышением значимости и укреплением статуса мужчины в обществе и коллективе.

УПОР НА ПРЕЗЕНТАЦИЮ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДИК И ПРЕПАРАТОВ

Еще одним вкладом врача в создание и укрепление терапевтического альянса с пациентом-мужчиной может быть упор на использование самых современных, инновационных лечебных методик и препаратов. Мужчины обычно благосклонно относятся к научно-техническому прогрессу, сфера медицинских услуг не является исключением. Сама косметологическая услуга может приобрести в глазах мужчины дополнительную ценность, если он будет знать, что она находится на передовом крае науки. Нельзя, правда, забывать при этом, что инновации должны иметь наглядные клинические примеры, ведь пациент-мужчина не хочет чувствовать себя в роли испытателя и предъявляет спрос лишь на зарекомендовавшие себя методы и подходы. Желательно, чтобы клинические примеры были взяты не из журналов, а из профессиональной практики самого специалиста.

УКРЕПЛЕНИЕ ЛИЧНОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАТУСА

Многие мужчины уже на первичную консультацию приходят информационно подготовленными, изучив не только возможные варианты решения их проблем, но и биографию доктора. Задача врача состоит в демонстрации своего статуса и достижений в эстетическом сообществе, без того чтобы устраивать соревнование с пациентом или доказывать свое превосходство. Особое значение имеет то, как доктор ведет себя уже на первичной консультации. Спокойный и ровный тон, отсутствие неумеренной жестикуляции и дерганой мимики — все это считается пациентом и порой имеет большее значение для пациента-мужчины, чем для женщины. Благоприятное впечатление на пациента-мужчину производит упоминание о профессиональных достижениях, недавно завершенных курсах повышения квалификации, сложных успешно разрешенных случаях. При этом должна использоваться контекстная подача такой информации — когда признаки статуса и успеха озвучиваются не списком, а исподволь, когда это оказывается уместно в ходе разговора. Это может быть пример или иллюстрация высказанной доктором мысли или заданного вопроса. Профессиональная терминология, даже без расшифровки, если сам пациент этого не попросит, тоже будет весьма уместна.

СТРУКТУРА ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Особое внимание в начальной стадии работы с пациентом-мужчиной следует обращать на создание структуры взаимоотношений: планирование последовательности эстетических манипуляций, планирование результатов, обозначение критериев оценки их достижения. Для мужчин ясная структура лечебного процесса, с одной стороны, является демонстрацией силы специалиста, а с другой — придает пациенту уверенности и успокаивает его. Говоря простым языком, мужчине важно, чтобы делалось то, что было запланировано, а результат соответствовал заранее оговоренному. Мужчины обращают внимание на четкие временные рамки и их соблюдение. Это касается времени начала приема, соблюдения заявленной продолжительности процедуры, заблаговременного планирования следующих приемов.

Заключение

Таким образом, при учете особенностей пациентов-мужчин врач может создать эффективный терапевтический альянс и правильно выбрать тактику ведения пациента и построения с ним взаимоотношений. Игнорирование гендерных особенностей пациентов-мужчин может привести к развитию их страхов и снижению мотивации, что также неизменно скажется на общей удовлетворенности пациента как результатом, так и процессом эстетических манипуляций.

Титель Ю.Б.

Система управления собственным ресурсом

Человек боится не самой старости, а заболеваний, которые ограничивают его потенциал. Предупредить их — значит взять механизм управления качеством жизни в свои руки. Такие задачи ставит перед собой современный успешный человек. Именно поэтому медицина сегодня обязана соответствовать потребностям общества. Развивая концепцию 5P-медицины в практическом плане, необходимо помнить о комплексном персонализированном подходе сохранения здоровья на доклиническом уровне. Поэтому антиэйджинг для нас — история про успех, про высокое качество жизни в любом периоде. Тогда важно ответить на вопрос, что можно сделать сегодня, чтобы завтра стать крепче, сильнее.

Антиэйджинг для пациента — это система управления собственным ресурсом, а для врача — синергия знаний и опыта в превентивно-предиктивном направлении и персонализированно разработанной программе управления рисками и сохранения функционального здоровья всех систем и органов, а значит, и организма. Общество привыкло считать, что с возрастом мы теряем ресурсы, способность адаптироваться, энергию и т.д. На самом деле, организм устроен так, что многими состояниями можно управлять. Мы шагаем в другую эру — осознанное управление своим потенциалом. И не только медицинские технологии должны соответствовать времени, но и врачи должны поменять подход к взаимодействию с пациентом. На данный момент это возможно осуществить только в anti-age медицине. Ведение первичного приема, ориентир на предикцию, внедрение генетического тестирования в ежедневную практику врача, составление персонализированного чекапа, включающего 800 и более маркеров, умение интерпретировать большие данные, реструктуризация образа жизни пациента, информирование и обучение — вот основные ориентиры развития врача 5P-медицины. Если раньше казалось, что гены решают все, то сегодня известно, что гены отвечают лишь за 20%, остальное — это про образ жизни пациента. Он является фактором, который меняет экспрессию генов, влияя на проявление признаков. Влияние может быть как негативным, так и позитивным — все зависит от знаний пациента, которыми врач его обогащает, чтобы предупредить и приостановить негативные последствия.

Жизнь человека и клетки — это адаптация. Адаптированная клетка выживает, выживает и макроорганизм — человек. Поэтому фокус внимания смещается на молекулярные механизмы. За этим будущее медицины. Это особенно важно сейчас, когда в медицину входят новые синдромы, чаще всего связанные с социальной активностью человека, ростом технического прогресса и влияющие

Титель Юлия Борисовна

Главный врач и управляющий партнер клиники антиэйджинга «Пятый элемент», врач антивозрастной и превентивной медицины, врач-дерматокосметолог.

на процессы жизнедеятельности. Эти знания поступают по мере изучения влияния разных аспектов жизни на разные социальные группы людей. Например, при сборе анамнеза мы уже обращаем прицельное внимание на миграционный анамнез: пациенты живут в одном городе, работают в другом, а отдыхают в третьем. Меняются страны, часовые пояса в течение одной рабочей недели. Человек так быстро адаптироваться не может. Появляются накопленные симптомы. Практической единой системы для их нейтрализации на сегодняшний день еще нет.

Собирая и обрабатывая статистические данные, я создала навигационную карту для пациентов клиники «Пятый элемент». Она складывается из двух глобальных путей. Первый — реструктуризация привычек и жизненных стереотипов. Антиэйджинг не сводится к здоровому образу жизни, но здоровый образ жизни — часть антиэйджинга. А это — гораздо больше, чем правильное питание и спорт. Над ними стоят дыхание и управление циркадными ритмами. Антиэйджинг — это понимание того, что можно сделать, чтобы качество жизни пациента повышалось в любой период жизни человека, как использовать данные ресурсы и повысить способность к адаптации в окружающем мире. За повышением адаптации стоит не только сохранение здоровья, но и улучшение социально-значимых критериев: скорость обработки информации, реализация управленческих задач, ответственное принятие решений, здоровое общение, повышение стрессоустойчивости и др.

Второе глобальное направление — медицинское. Например, генетика уже сегодня дает нам возможность создать персонализированную профилактическую диагностику и программы, которые предупреждают появление тех или иных заболеваний. Это новое направление включает в себя огромное количество методик.

Для того чтобы понять, что делать и с чего начинать, когда мы выступаем как гиды и кураторы процесса управления своим здоровьем, я разработала простую систему «10 правил антиэйджинга», доступную и легко применимую к реальной жизни.

1. Пройти чекап и генетическое тестирование, чтобы обозначить зоны риска.
2. Выстроить циркадные ритмы.
3. Структурировать питание.
4. Наладить питьевой режим.
5. Заняться спортом.
6. Разработать персональные правила и соблюдать ритм их выполнения.
7. Дважды в год проводить детоксикацию и ревитализацию.
8. Выстроить программы релаксации.
9. Жить в паре (у женатого мужчины увеличивается продолжительность жизни на 9 лет 7 месяцев).
10. Работать над развитием личности.

Не стоит приходить к инвестициям в себя только в кризисных ситуациях. Минимизация рисков мультифакториальных заболеваний, возможность реализовываться, социализироваться, чувствовать себя нужным, работать, зарабатывать, преодолевать эти страхи стоят целостной системы. Познать, изучить себя, получить инструменты селфменеджмента. Вложение ресурсов определяет только желание человека. Самое главное — делать.

Флегонтова Е.А.

Генотипирование — ключ к эффективности в anti-age медицине

Развитие биоинформатики и возможность обмена международной базой данных генетических исследований за последние 5 лет дали активный старт внедрению генетических тестов в ежедневную практику российских специалистов, практикующих в anti-age медицине. В настоящее время доступно несколько уровней генетических анализов в зависимости от поставленных задач: панели генетических полиморфизмов, экзомное секвенирование, полногеномное исследование. Но каждый тест, внедряемый в практическую медицину, должен соответствовать SMART-критериям:

S — specific and sensitive (специфический и чувствительный);

M — measurable (измеряемый);

A — available and affordable (доступный и удобный);

R — responsive (информативный);

T — timely (своевременный).

В этой связи при анализе панелей полиморфизмов (SNP) акцент делается на скрининговой оценке рисков возникновения патофизиологического процесса.

Как же разобраться в море биомаркеров генетической информации и научиться правильно применять их для клинической практики? Для этого очень важны популяционные исследования и вариации в пределах конкретной популяции. Заключение делается с учетом статистической значимости выявленных трендов, и самое главное — это необходимость обновления базы данных. В этой публикации мне хотелось бы обсудить практическую значимость широкого использования генотипирования в новом направлении — anti-age медицина.

Науке известно, что видовой предел продолжительности жизни человека — 120 лет. В настоящее время основной вектор персонализированной медицины направлен в сторону **антивозрастных** изменений. Геронтология, изучающая старение, акцентируется на процессах адаптации внутри организма. В это время необходимо поддержать способность биологической системы к саморегулированию и самоподдержанию. А вот изменения в возрастной группе 40–65 лет очень влияют на качество жизни. Эта группа и составляет объект внимания anti-age медицины, когда происходят изменения типичной стресс-реакции и хронических процессов. Это менее стабильная ситуация, чем у людей старше 65 лет. Именно то, как пройдет человек возрастной период с 40 до 65 лет, и будет определять, какая адаптационная реакция сформируется и будет поддерживать его дальше.

Флегонтова

Елена Александровна

К.м.н., дерматокосметолог,
трихолог, генетический
консультант, специалист
аппаратной косметологии

Что есть здоровье и что есть болезнь? Философский вопрос, который порой определяется революцией в показателях биохимических маркеров или стандартах измеряемых объективных данных (вес, индекс массы тела, артериальное давление и т.п.). Например, изменение параметров нормального уровня холестерина привело к тому, что человечество стало более больным на 20% за один день.

На мой взгляд, лечить или компенсировать стоит любое неблагоприятное для данного организма **изменение**. Поэтому усиление интервенции на домедикаментозном этапе позволит дольше сохранить стабильные рамки здоровья. Проводить мониторинг этих индивидуальных границ распределения нормы необходимо как можно раньше, чтобы иметь четкие точки и показатели для последующего анализа изменений. Возможно, что какие-то из значений имеют отклонения от нормы уже в исходном варианте. Как выбрать движение в нужном направлении клинического мониторинга и превенции? В этом помогает именно **генотипирование**.

На помощь клиницисту, работающему в системе концепции антиэйдж-медицины, приходит исследование генома. Изучены параллели между длительностью хронических болезней и степенью старения организма. Известны многие механизмы старения, которые мы можем отслеживать в текущем моменте: системное воспаление, клеточное старение, гормональное старение, дегенеративные нарушения, инсулинорезистентность и т.п.

В концепции антивозрастной медицины генетическое консультирование позволяет определить индивидуальные особенности по параметрам старения. Например, оценивая риск развития инсулинорезистентности, мы будем тестировать полиморфизмы в целой группе генов — **FTO, TCF7L2, SLC30A8, ADIPOQ, KCNJ11, ACE, PPARG2 etc.**, — контролирующих углеводный и основной обмен в нашем организме, и на основании результатов отслеживать изменение текущего статуса по таким биохимическим маркерам, как **индекс НОМА, гликированный НВ, триглицериды, уровни глюкозы, адипонектинов и т.д.** Для примера: если при наличии выявленных полиморфизмов мы не выявляем в контроле данных о формировании инсулинорезистентности (что редко бывает, к сожалению), то можем смело оценивать данный результат как высокую степень адаптации или отличное влияние экосистемы окружающей среды у данного пациента. Но мой личный опыт показывает: как раз выявление гетерозиготных полиморфизмов в указанных генах подсказывает, что даже при определении нормальных референсов значений глюкозы и триглицеридов у таких генотипов индексы начинают сдвигаться в сторону патологии очень рано, и уже на этом этапе, еще до возникновения первых клинических проявлений, требуется диетологическая коррекция. В таком же ключе мы можем оценивать, как будут протекать метаболические процессы. И здесь очень важно, что при выявлении определенных полиморфизмов можно выбрать более правильную форму фармакологической коррекции. Наиболее показателен пример с полиморфизмами в генах, отвечающих за обмен биологически активных веществ: витаминов, ненасыщенных жирных кислот, различных групп лекарственных средств (статины, блокаторы протонной помпы и т.д.), некоторых видов активных субстанций (капсаицин, кофеин, соль и т.п.). Такой же алгоритм используется при оценке параметров системного воспаления и риска возникновения осложнений и/или хронизации процесса.

Один из наиболее любимых показатели в anti-age оценках — это маркеры клеточного старения, которые позволяют оценить шансы долгожительства по сравнению со средней продолжительностью жизни в популяции. Это как раз тот резерв организма на 30–45 лет, который мы не используем с учетом видового предела жизни 120 лет. Очень спорная тема, но мой клинический опыт показывает, что те семьи, где нет полиморфизмов в определяемых группах генов, чаще имеют членов семьи старше 90 лет и вполне активных до возраста 85-90 лет — по сравнению с теми, где выявлены несколько мутаций и шанс долгожительства снижается. Преимущество клеточного долгожительства не освобождает от развития возраст-ассоциированных заболеваний, но дает ресурс для сохранения качества жизни. Также мы можем оценивать различные риски дегенерации тканей с возрастом. И в таком ключе более раннее выявление повышенных рисков в связи с мутациями позволяет начать более раннюю эффективную профилактику или подготовиться к замене той ткани или органа, который подвергается дегенерации.

Определение полиморфизмов позволяет оценить риски нарушений в метаболических путях и построить рабочую схему: генетический маркер — эпигенетические факторы регуляции гена — биомаркер, определяющий статус метаболических путей, — клинические данные.

Индивидуальный план курации

Понимание баланса, поддерживаемого в организме, позволяет в определенной степени бросить вызов генетическому детерминизму и получить индивидуальные траектории старения. Стоит учитывать, какое обилие факторов влияет на варианты формирования фенотипа и здоровья. А ведь именно работа с фенотипом — сфера практического результата и оценки эффективности работы врача. Для примера возьмем систему питания, которая насчитывает множество разнообразных диет и стилей. Вопрос в том, подходит ли он лично **вам** и будет ли эффективен при вашем генотипе? В тоже время для эпигенетической регуляции сложнее изменить культурные привычки, климатические факторы. Эпигенетические факторы способствуют изменению активности генов — в ряде случаев необратимо, а в ряде — обратимо.

Строгое и однозначное соответствие между мутациями и изменениями фенотипа не такое уж частое явление. И это чаще конкретная генетическая болезнь. В ситуацию реализации генетических предрасположенностей включается большое количество внешних факторов — как внутри самого организма, так и окружающей среды. Скорее генотип определяет нашу норму реакции, т.е. определяет спектр возможных фенотипических реакций, которые могут быть реализованы при данном генотипе. Генетические факторы в комплексе с факторами окружающей среды являются причиной болезни и определяют индивидуальные различия в течение болезней, процессов старения.

«Генетика заряжает ружье, но курок спускает окружающая среда». Чем больше будет накапливаться данных об этих взаимосвязях, тем более предметно и успешно можно будет рассуждать о возможностях человека активно использовать свой видовой потенциал жизненной активности в 120 лет.

**Избранные материалы
участников конкурса**

«ДОКТОР СТАР 2023»

Козырева М.В.

Сосудистые осложнения при проведении контурной инъекционной пластики в области лба. Клинический случай

Введение

История применения различных филлеров достаточно продолжительна, ранее использовались филлеры на основе биополимера и полиакриламидного геля, но, к сожалению, они не отвечали стандартам безопасности, и количество осложнений неуклонно росло. Затем на рынке появились филлеры на основе гиалуроновой кислоты, гидроксиапатита кальция и полимолочной кислоты. На сегодняшний день ведущее место занимают филлеры на основе гиалуроновой кислоты, так как синтетическая гиалуроновая кислота отвечает стандартам безопасности и содержит ряд преимуществ: биосовместима, обладает низкой иммуногенностью, широкой линейкой по вязкоэластическим свойствам, что позволяет использовать ее от заполнения тонких морщин до создания объемов, имеется антидот в виде гиалуронидазы и т.д. Число осложнений на филлеры гиалуроновой кислоты относительно небiodeградируемых препаратов, согласно оценкам экспертов, значительно ниже, кроме того, пациенты отмечают высокую удовлетворенность от полученных результатов коррекции.

Согласно статистическим данным США за 2021 г., дермальные филлеры являются одной из самых популярных процедур в косметологии, уступая первое место ботулиническому нейротоксину типа А (рис. 1). Однако,

**Козырева
Мария Валерьевна**
Врач-косметолог ООО
«Клиника Данищука»
Ординатор пластический
хирург РУДН

Статистические данные (США)

(за 2021г.)

	2021 Procedure Count	% of Non-Surgical Revenue
Top Non-Surgical Procedures - Total		
Neurotoxins	3,651,223	33%
Dermal Fillers	1,857,339	32%
Skin Treatment (Chemical Peels, Hydrofacials, etc)	1,390,149	6%
Hair Removal	454,954	2%
Skin Treatment (Combination Lasers)	431,485	4%
Skin Tightening	391,855	7%

Процедуры по удалению филлеров: 23.031 **+57%** по отношению к 2020 г.

Увеличение стоимости манипуляции: **+8% (\$261)**

Рис. 1. Статистические данные США от 2021 г.

10325 случаев осложнений на филлеры (FDA 1996-2020)

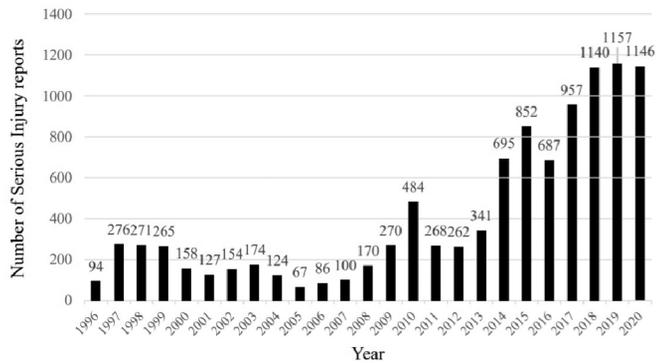


Рис. 2. Статистические данные случаев осложнений FDA 1996–2020 г.

несмотря на ряд преимуществ современных препаратов, количество осложнений возросло. Возможно, это связано с тем, что врачи стали работать более агрессивно, из-за чего процедуры по удалению филлеров на основе гиалуроновой кислоты на сегодняшний день возросли на 57% по отношению к 2020 г. (рис. 1).

Согласно статистике FDA от 1996–2020 г., за 24 года насчитывается 10325 случаев осложнений различной этиологии, число которых с каждым годом только увеличивается (рис. 2).

Наиболее тяжелые последствия возникают после сосудистых осложнений.

На сегодняшний день данный вид осложнения занимает не последнее место среди всех осложнений, встречающихся после применения филлеров. Согласно последним данным FDA от 23 марта 2021 г. (рис. 3) — 7-е место.

Причинами ишемических нарушений могут быть:

- 1) введение избыточного количества препарата близко к сосуду, вызывающее его сдавление (компрессионно-ишемический синдром);
- 2) введение препарата в кровеносный сосуд (окклюзия).

«Почетное» 7-е место

(01.08.2015-01.08.2020)

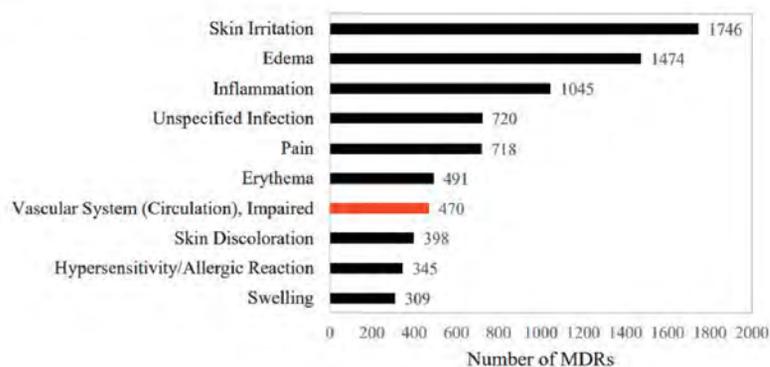


Рис. 3. Статистика осложнений согласно данным FDA от 2021 г.

Компрессионно-ишемический синдром — это сдавление филлером сосуда без его механического повреждения. Симптомы развиваются в течение суток и включают в себя медленно нарастающий отек, болезненность, усиление сосудистого рисунка. Диагностика проводится на основании клинической картины и ультразвукового исследования.

Окклюзия — нарушение проходимости сосуда, обусловленное закрытием его просвета на определенном участке. К основным симптомам относятся интенсивная, немедленная боль, быстрое побледнение участка кожи (относят к артериальной окклюзии). Венозная окклюзия проявляется менее выраженной болью. Безболезненной окклюзии не бывает.

Окклюзия и сдавление просвета сосуда ведут к такому грозному осложнению, как ишемия.

Ишемия — это уменьшение притока крови по артериям, что влечет за собой ограничение доставки кислорода и питательных веществ в ткани. Клинические признаки ишемии: снижение температуры кожных покровов, отсутствие пульсации в данной области, побледнение кожных покровов, раздражение нервных окончаний, из-за чего пациенты жалуются на явления парестезий (ощущения онемения, покалывания, ползания мурашек) и болезненность.

Нарушение обмена веществ в зоне ишемии приводит к необратимому повреждению тканей — некрозу.

Принцип лечения

При окклюзии или компрессии начальным симптомом, как правило, является резкая боль, но многие современные препараты содержат в своем составе местные анестетики, и, следовательно, первичная клиническая картина может носить стертый характер. Поэтому побледнение кожных покровов, болезненность можно расценить как признак ишемии. Незамедлительно необходимо прекратить инъекцию и принять меры с целью улучшения микроциркуляции в данной области. Первично необходимо удалить препарат при помощи Лонгидазы введением достаточного количества препарата во все точки инъекции (филлеры на основе гиалуроновой кислоты) либо ввести физиологический раствор (если был введен препарат на основе гидроксиапатита кальция). Наложить теплый компресс, нанести 2% мазь с нитроглицерином на место выполненной инъекции для расширения сосудов.

Гиалуронидазу и другие ферменты рекомендуется вводить один раз в день — 5 дней, пока сохраняются признаки ишемии. Возможно назначение антикоагулянтных препаратов, что будет способствовать улучшению перфузии в области очага (таких как гепарин, клопиредол и т.д.).

Эффективность лечения зависит от срока обращения пациента за помощью к врачу после проведенной процедуры.

Наиболее грозные сосудистые осложнения возникают при коррекции области лба и носа.

По этой причине нами было принято решение рассмотреть одну из этих опасных анатомических зон — область лба.

Контурная инъекционная пластика в области глабеллы связана чаще всего с коррекцией межбровных морщин, где проходят ветви надблоковой артерии и вены, которые имеют анастомозы с надглазничными и поверхностными височными сосудами. При глубоких складках в этой зоне после введения филлеров могут возникать сосудистые осложнения, которые способны привести к таким тяжелым последствиям, как слепота, инсульт, некроз и атрофия мягких тканей. Учитывая, что в этой зоне сосуды выходят вместе с чувствительной ветвью *n. supratrochlearis*, компрессии также подвергаются периферические ветви чувствительного нерва, из-за чего состояние усугубляется нейропатией.

Клинический случай

Пациент Р. Обратился на 4-е сут после контурной инъекционной пластики филлерами гиалуроновой кислоты в области лба с жалобами на резкую боль, возникшую во время процедуры, отек, изменения цвета кожи в зоне инъекции. На момент осмотра у пациента был полнослойный некроз тканей в центральном отделе лба (**рис. 4А**). В связи с поздним обращением пациента за помощью, кроме введения гиалуронидазы для рассасывания филлера, был назначен курс антибактериальной и вазоактивной терапии с целью профилактики воспалительного процесса и улучшения микроциркуляции поврежденных тканей:

- Зиннат 500 мг — 2 раза в день — 7 дней;
- Аспирин 250 мг — 1 раз в день — 7 дней;
- Трентал 100 мг — 2 раза в день — 7 дней;
- Актовегин 200 мг — 3 раза в день — 7 дней.

Однако, несмотря на проводимую терапию, в последующем потребовалась коррекция остаточного рубца и было проведено лечение, включающее

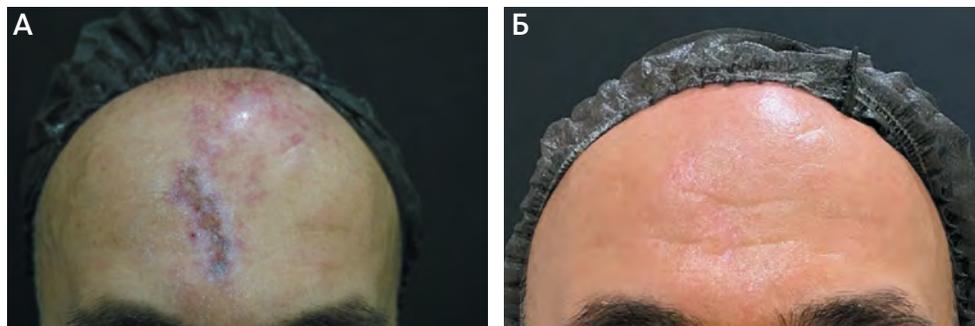


Рис. 4. Пациент Р. после контурной инъекционной пластики филлерами гиалуроновой кислоты в области лба: А — компрессионно-ишемический синдром в области надблоковой артерии; Б — окончательный результат после терапии компрессионно-ишемического синдрома

применение наружных средств (Цикатрикс), аппаратных методов (фракционный лазер) в комбинации с плазмотерапией (миоплазма) с дополнительной инъекцией препаратов коллагена (Nithya, Сферогель Лонг). В последующем с целью коррекции сосудистого компонента была проведена процедура с использованием M22. По окончании лечения был получен положительный эстетический результат (**рис. 4Б**).

Фото пациента предоставлено врачами Карповой Е.И., Данищук О.И.

Заключение

В заключение хочется отметить, что лучшей профилактикой сосудистых осложнений является хорошее знание послойной анатомии, а выбор филлеров на основе гиалуроновой кислоты, имеющих антидот, позволяет избежать тяжелых последствий после проведения контурной инъекционной пластики.

Лесникова А.Ш.

Синергизм косметологии и маркетинга, или Пациенты на всю жизнь

**Лесникова
Алина Шамилевна**
Врач-косметолог,
дерматовенеролог
Главный врач и основатель
клиники MOLODOST в Перми
Стаж работы – 5 лет,
более 3000 уникальных
пациентов
Главный принцип в работе –
медицинский, командный
подход
Пермь

Косметология как область медицины, вопреки своей высокой востребованности среди населения, окутана множеством страхов пациентов, мифов и предрассудков, с которыми сталкиваются врачи в процессе работы. Как превратить пациента из обычного потребителя услуг в союзника на пути к результату и увеличить таким образом средний чек клиники? На эти вопросы ответят результаты исследования опыта клиники MOLODOST в Перми.

В чем же все-таки проблема?

Я, как и многие из моих коллег-косметологов, сталкивалась в своей работе с пациентами, которые проявляли недоверие, отказывались следовать рекомендациям или попросту пропадали после первого визита, несмотря на корректно поставленный диагноз и эффективную схему решения проблемы. Даже пациенты, четко следовавшие рекомендациям, после нескольких процедур часто «сходили с дистанции», не доведя лечение до видимого результата. В итоге проигрывают обе стороны: пациент разочаровывается в работе косметолога, а врач не получает успешного кейса, не подкрепляет свою экспертность и тоже теряет мотивацию.

К тому же в связи с тенденцией на переход косметологов от работы в частных кабинетах к открытию профильных клиник в сфере выросла конкуренция и степень присутствия экспертов в интернете стала выше. Доступной к прочтению информации о косметологических услугах стало больше, это плюс, но не всегда пациент может верно ее интерпретировать. Поэтому мы имеем дело как с недостаточно осведомленными, так и с излишне погруженными в тему пациентами, которые могут ставить под сомнение назначения врача. Думаю, всем также знакома ситуация, когда пациент сам ставит себе диагноз и сам записывается на процедуры, не понимая, нужны ли они ему.

Анализируя обратную связь, прямую и косвенную (социальные сети, справочники, сайты-отзывики), можно выделить несколько обобщенных суждений пациентов, которые мешают им регулярно посещать косметолога:

- считают, что им это совсем не нужно;
- не получили результата после одной-двух процедур;
- имеют пример неудачного опыта, собственный или среди знакомых;
- есть страх боли;

- есть неприятие «больничной» атмосферы, особенно если вопрос касается инъекций;
- считают, что посещение косметолога нужно начинать после 40 лет;
- считают цену на процедуры завышенной;
- считают, что косметологи навязывают процедуры.

Проще говоря, пациенты в большинстве случаев ожидают быстрого эффекта без лишних усилий. А видя перед собой путь из нескольких шагов, сходят с него и испытывают разочарование, что в дальнейшем мешает вновь довериться мнению профессионалов.

Почему же пациенты на самом деле отказываются от назначенной терапии, уходят к конкурентам, не доходят до конца лечения и боятся инвазивных манипуляций? Работая по найму, потом в собственном кабинете и, наконец, приняв решение открыть клинику, я непрерывно искала ответы на эти вопросы. Понимая, что ключ к решению проблемы кроется в доверии пациентов, я начала продумывать, какой будет моя клиника, чтобы в нее хотели возвращаться: какие в ней будут кушетки, какой ремонт, какой аппарат будет куплен в первую очередь, какие врачи будут у меня работать, какой администратор будет их встречать и т.д.

Однако, анализируя опыт других клиник, обладающих парком самых современных аппаратов, качественным ремонтом и сертификатами о профессиональных компетенциях сотрудников, я видела повторяющиеся негативные отзывы в социальных сетях и курсирующих из клиники в клинику пациентов. Тогда я решила углубиться в изучение не методов решения проблемы, а причин ее возникновения. В дальнейшем, найдя среди прочих один инструмент, показавший свою эффективность, мы не только смогли увеличить количество постоянных пациентов, но и, как следствие, повысить средний чек клиники.

Что мы сделали?

Основная особенность косметологии в сравнении с другими медицинскими отраслями состоит в том, что пациент приходит, как правило, физически здоровый, с запросом на решение эстетических проблем. Поэтому бывает сложно донести ценность комплексного подхода, который включает в себя глубокое понимание медицины, анатомии, биохимии, физиологии, психологии, эндокринологии, гинекологии и т.д. К тому же СМИ ежедневно говорят о вау-эффектах, создавая иллюзию легкого и быстрого решения практически любых задач. Это возводит барьер между врачом-косметологом и пациентом, на преодоление которого есть всего один шанс — во время первой консультации, которая должна стать точкой входа пациента в процесс достижения видимого результата. Поэтому я решила, что должна уделить максимум внимания первичным консультациям в нашей клинике.

Как показал подход клиники MOLODOST, именно структурно выстроенная консультация способна ответить на главный вопрос пациента: можно ли доверять конкретному врачу свое здоровье и красоту и вместе с ним двигаться в сторону внешности своей мечты. Да, первичная консультация как услуга присутствует в большинстве клиник, но именно

нюансы превращают ее из базовой опции в мощный инструмент для увеличения конверсии возвращаемости пациентов.

Как я достигла этого понимания? Я, как врач, знала, что должна собирать анамнез, правильно подобрать процедуры и рассказать о плане действий пациенту. Но этого оказалось недостаточно. Уже как владелица, на этапе планирования, какой будет моя будущая клиника, я подумала: «Зачем я думаю за других? Мне нужно спросить у тех, для кого я это делаю — у моих пациентов».

В ход пошли маркетинговые инструменты, а конкретно «Кастдев».

«Кастдев» (от англ. Customer development, сокращенно custdev) — это процесс получения инсайтов от пользователей для создания, проверки и оптимизации идей развития продукта с помощью интервью и структурированных экспериментов. По своей сути это клиентоориентированный подход к бизнесу, когда продукт решает проблему клиента. Сначала выявляется проблема, потом разрабатывается продукт, а не наоборот.

Как показала практика, это оказалось самым полезным исследованием в моей практике врача-косметолога, которое помогло осознать, насколько сильно эта методика связана с медицинским подходом и как наглядно она его объясняет.

Исследование проводилось с 5 группами людей:

- 1) те, кто никогда не был у косметолога и не планирует его посещать;
- 2) те, кто никогда не был у косметолога, но планирует пойти;
- 3) те, кто был у косметолога, но больше не собирается посещать;
- 4) те, кто был у косметолога и продолжает посещать;
- 5) те, кто ходил, перестал и через время начал снова.

Было важным в каждой группе выделить:

- Почему перестали ходить?
- Что разочаровало?
- Что восхитило во враче и заставило пациента стать постоянным клиентом?
- Что привлекает пациента в клинику?
- Что создает завышенные ожидания?
- Почему нет или есть ценность в косметологии для пациента?

В каждой группе участвовало по 20 человек, с которыми я проводила подробное онлайн-интервью или очную встречу. Каждому человеку было задано 33 обязательных вопроса и несколько дополнительных.

Перед этим мне пришлось погрузиться в методику проведения «Кастдева», пройти полноценный обучающий курс, изучить психологические приемы и техники.

Как оказалось, расположить к себе незнакомого человека и получить важную ценную информацию очень непросто, но с каждым интервью опыт увеличивался, и я могла получать все больше инсайтов.

В ходе исследования я выписала самые часто встречающиеся проблемы и выводы, которые в последующем мы спроецировали на маркетинговую стратегию клиники, ремонт, сервис и медицинский подход.

Методика «Кастдева» дала четкое понимание, что именно на консультации пациент делает выбор: доверять врачу-косметологу или нет. Получив результаты, мы структурировали работу наших врачей и создали, казалось бы, не новый, но очень эффективный продукт — формат консультации версии 2.0.

Отличие этой версии консультации от первоначальной — в ее поэтапной структуре, которая помогает врачу-косметологу выявить истинные причины обращения пациента, сделать правильные назначения, показать их ценность пациенту и, как следствие, повысить конверсию, а именно — возвращаемость пациентов в клинику. К тому же такой подход дает возможность специалистам работать не с разовыми, а с постоянными пациентами, вовлеченными в работу и мотивированными, чтобы идти поэтапно и достигать результата, что влияет на работоспособность докторов.

Далее рассмотрим структуру консультации и самые частые проблемы пациентов, которые мы выявили по ходу «Кастдева».

Что представляет собой «Консультация 2.0»?

«Консультация 2.0» — это поэтапно выстроенный процесс общения с клиентом, который решает несколько задач: создание доверительных отношений, выявление истинных причин обращения, формирование реальных финансовых, временных и качественных ожиданий у пациента, донесение ценности медицинского подхода.

ЭТАП 1. УСТАНОВКА КОНТАКТА С ПАЦИЕНТОМ

На этом этапе врач представляется, может сделать уместный комплимент, должен быть приветливым и открытым.

Из «Кастдева»: Многие пациенты принимали решение не ходить к косметологу (или сменить его), так как ощущали высокомерие доктора и не видели заинтересованности в себе.

С помощью данного этапа мы показываем, что мы такие же люди, что мы готовы идти на контакт и быть на одной волне с пациентом.

ЭТАП 2. ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА

Врач задает вопросы: «Что вас привело к нам? Что вы хотели бы улучшить в себе?» В случае если пациент находится в позиции «Вы эксперт — вы и скажите», необходимо помочь раскрыться, подсказать путем дополнительных вопросов: «Может быть, есть беспокойства по состоянию кожи? Сухость? Жирность? Высыпания?» После наводящих вопросов пациент начинает рассказывать больше.

Здесь важно собрать *anamnesis morbi* и зафиксировать жалобы в карте.

Из «Кастдева»: Пациенты уходили или меняли косметолога после назначения процедур, которые никак не относились к тем проблемам, которые их беспокоят. Было ощущение навязывания процедур.

Этот этап необходим, чтобы наши назначения были выстроены в правильной последовательности: сначала по проблеме, далее — по нашему экспертному мнению. Необходимо выявить, что именно привело человека в нашу клинику — это будет веским аргументом, когда вы перейдете к этапу «Назначения».

ЭТАП 3. СБОР АНАМНЕЗА

Это важнейший этап не только для правильных назначений, но и для создания у пациента доверия к специалисту, уверенности в том, что врач компетентен и учел все его индивидуальные особенности.

Врач внимательно и дотошно собирает *anamnesis vitae*. Несмотря на то, что наши пациенты заполняют перед приемом подробную анкету здоровья, мы обязательно повторно опрашиваем их по всем пунктам анамнеза жизни по шаблону, заносая данные в электронную карту пациента. Цена ошибки на этом этапе слишком велика.

Из «Кастдева»: *Когда врач не собирал подробный анамнез, у многих пациентов возникало ощущение, что они находятся не у врача на приеме, а в салоне красоты — это их пугало. Пациенты теряли доверие, потому что врач, не спрашивая практически ничего, сразу предлагал процедуры только по визуальной оценке состояния.*

Цитата из «Кастдева»: «Я переехала в другой город и очень хотела убрать рубцы постакне. Прежний врач назначал мне „Акнекутан“, и я как раз заканчивала его пить. Новый косметолог посоветовал мне шлифовку лазером, и я согласилась. Мы сделали, и это был просто ад — сплошной ожог, который мы не могли вылечить очень долго, появились новые рубцы, и я стала выглядеть ужасно. Новый врач не спросил меня вообще ни о чем на приеме, я просто озвучила проблему: „Рубцы“, — и мне предложили лечение. Когда это произошло, я напрочь забыла, что прошлый косметолог предупреждал, что процедуры мне делать нельзя во время приема и в течение какого-то срока после отмены препарата. После такого опыта я вообще врачам доверять не могу».

Данный этап проявляет заботу о пациенте и показывает нашу экспертность. Но более важен он все-таки для нас, потому что мы несем ответственность за манипуляции с относительно здоровыми пациентами. При некачественном сборе анамнеза здоровья мы рискуем не только потерять и разочаровать пациента, но и серьезно навредить его здоровью.

ЭТАП 4. ОСМОТР ПАЦИЕНТА

Доктор просит пациента переместиться от стола консультаций на кушетку, надевает на него шапочку и обязательно умывает. Проводит осмотр кожных покровов с помощью лампы-лупы, пальпирует, проводит мимические пробы и оценивает пропорции лица. Осмотр пациента проводится в двух проекциях: горизонтально и вертикально.

Наш пациент приходит на консультацию за деньги, а значит, надеть шапочку и умыть его важно не только чтобы детально оценить состояние лица, но и чтобы проявить заботливый подход. Также это помогает нам учесть анатомические и другие особенности пациента. Не стоит забывать осматривать и другие кожные покровы, идеальный вариант — раздеть пациента, чтобы исключить как минимум дерматологические патологии.

Рекомендую на данном этапе перевести человека в вертикальное положение, чтобы глаза доктора и пациента оказались на одном уровне. Это тоже помогает установке контакта. В таком положении начинаем давать пациенту рекомендации в устной форме с подробным послойным разбором по типу сэндвича.

Из «Кастдева»: Пациентов настораживало и пугало, если врач не осматривал их, а сразу назначал процедуры. Это вызывало недоверие и ощущение поверхностного, неиндивидуального подхода.

Такая методика помогает дать грамотные назначения и доносить до пациента ценность комплексного подхода в косметологии. Если упустить хоть один уровень, то достичь «прекрасной» эстетической картины будет трудно.

ЭТАП 5. АРГУМЕНТАЦИЯ НАЗНАЧЕНИЙ

Наши врачи аргументируют свои назначения с медицинской точки зрения, но на доступном языке и акцентируя внимание на важных для пациента нюансах. Здесь нам помогает наша техника «5К»:

- Какую проблему решит процедура;
- Как подействует препарат или аппарат на ткани, в чем суть методики;
- Как часто нужно делать процедуру;
- Какой будет реабилитация;
- Какой эффект получит пациент.

В завершение обязательно составляем план домашнего ухода, подчеркивая важность заинтересованности и вовлеченности пациента для достижения результата.

Из «Кастдева»: Пациенты после консультации не имели четкого понимания, что, когда и зачем нужно делать. Они начинали искать в интернете информацию о том, что им назначили (из того, что запомнили) и часто получали порцию страхов, возражений и мифов. У пациентов складывалось ощущение, что им назначили ненужные процедуры. Возникал страх, что «разведут» на деньги.

Также пациенты отмечали, что врачи часто говорили на непонятном языке, что вызывало настороженность и отталкивало.

Самое страшное для пациента — непонимание, незнание, неведение, и именно этот этап помогает убедиться в экспертизе специалиста. То, как мы доносим информацию, очень важно. Все ли аргументировано, или у пациента могут возникнуть опасения, что мы просто стремимся продать. Все назначения мы делаем исключительно по показаниям, а доказать это можно, лишь объяснив все тонкости методик, что они дадут человеку в перспективе, донеся ценность комплексного подхода.

Важно! Мы с командой всегда стараемся занижать ожидания и рассказываем про самые негативные варианты реабилитаций. Пусть пациент будет готов «заживать» дольше, чем это будет по факту.

Таким образом можно значительно снизить негатив пациента в будущем.

ЭТАП 6. ЗАКРЕПИТЬ ПОНИМАНИЕ ЭТАПОВ ЛЕЧЕНИЯ

После устных рекомендаций врач с пациентом возвращается за стол консультаций и прописывает те же назначения в листе рекомендаций.

В листе рекомендаций важно указать названия процедур, планируемые препараты/аппараты, периодичность и частоту визитов, стоимость и пояснения по методу «5К» и этапам домашнего ухода. Если требуется, врач назначает пациенту лабораторные исследования и дает общие рекомендации по образу жизни. Например, советует какие исключить триггеры при сосудистых мальформациях и т.д.

После врач распечатывает лист назначений, выдает его на руки пациенту, еще раз кратко проговаривает все этапы и уточняет, остались ли вопросы.

Из «Кастдева»: Пациенты были недовольны тем, что пришли получить назначения, но не получили четкого плана действий, не понимали, с чего начать и к чему готовиться как морально, так и финансово.

Пациенты после консультации приходили домой и забывали, что же им назначили в полной мере. На этом этапе терялось внимание к комплексному подходу.

Этот этап отбивает желание у пациента думать за нас, создает четкое понимание, с чего следует начать, и помогает прогнозировать общий результат. Пациент может спланировать свой бюджет и понять, сколько времени он потратит на преображение, как часто необходимо посещать врача, и вникнуть в другие аспекты работы.

Выдача письменной рекомендации — не только показатель нашего ответственного подхода к работе, но и проявление заботы о пациенте.

**Важно, чтобы эти же рекомендации были и в медицинской карте пациента, чтобы врач всегда мог ориентироваться в том, что назначил.*

ЭТАП 7. ЗАКРЫТЬ ПРОДАЖУ

Врач задает пациенту простые вопросы: «Вас записать на процедуру?», «Вам собрать домашний уход прямо сейчас?»

Из «Кастдева»: Когда пациентов сразу не записывали на следующий прием, они просто «терялись».

На этом этапе важно остаться рядом и проводить пациента до ресепшена. На консультации, после получения огромного количества информации, он может не сориентироваться и забыть, что нужно сразу записаться на следующую процедуру. Шанс, что пациент сам запишется, уменьшается еще сильнее, когда, уходя из клиники, он попадает в суету повседневной жизни и может попросту забыть о важности посещения косметолога. Такой вопрос — это не только стимул к покупке, но и помощь совершить следующий шаг к преображению.

Длительность консультаций по такому протоколу зависит от запроса: если есть возрастные изменения, требуются общий уход и эстетические процедуры — это 60 мин; при назначении лечения акне, розацеа или периорального дерматита — 75 мин.

Статистика

Коллеги могут справедливо заметить, что другие маркетинговые инструменты также положительно влияют на конверсию: акции, скидки и рекламные кампании увеличивают трафик и могут поднять выручку за счет роста числа пациентов. Однако статистика, собранная за 19 мес работы клиники MOLODOST, наглядно показывает, что структурные и подробные консультации — это эффективный инструмент не только повышения конверсии возвращаемости пациентов в клинику (в моей личной медицинской практике этот показатель вырос с 46% на момент открытия клиники до 85% на ноябрь 2022) (**рис. 1**), но и увеличения среднего чека (среди моих пациентов он вырос на 141% с момента открытия клиники) (**рис. 2**). А именно средний чек является

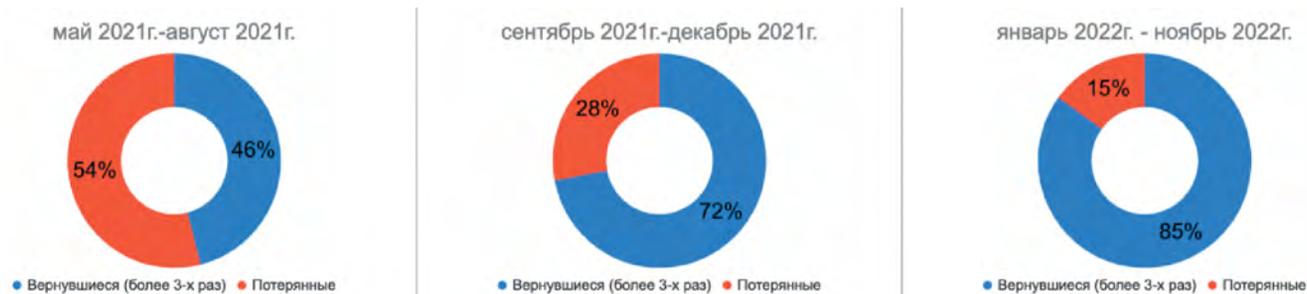


Рис. 1. Конверсия возвращаемости А.Ш. Лесниковой

Наименование	Период
май 2021 – август 2021 г.	
Вернувшиеся (более 3 раз)	46%
Потерянные	54%
сентябрь 2021 – декабрь 2021 г.	
Вернувшиеся (более 3 раз)	72%
Потерянные	28%
январь 2022 – ноябрь 2022 г. (усредненно)*	
Вернувшиеся (более 3 раз)	85%
Потерянные	15%
В т.ч. по периодам	
январь 2022 – апрель 2022 г.	
Вернувшиеся (более 3 раз)	88%
Потерянные	12%
май 2022 – август 2022 г.	
Вернувшиеся (более 3 раз)	78%
Потерянные	22%
сентябрь 2022 – ноябрь 2022 г.	
Вернувшиеся (более 3 раз)	88%
Потерянные	12%

* Период январь 2022 – ноябрь 2022 г. рассчитан из среднего показателя конверсии возвращаемости за периоды: январь–апрель 2022 г.; май–август 2022 г.; сентябрь–ноябрь 2022 г.

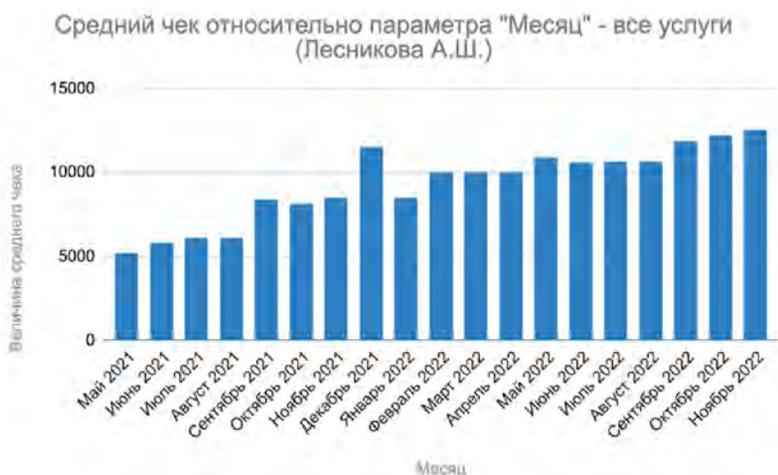


Рис. 2. Показатель среднего чека А.Ш. Лесниковой

показателем стабильного роста и развития бизнеса без последующих спадов, как часто бывает после проведения акций.

Что немаловажно — положительная динамика есть и среди пациентов остальных врачей клиники, обучению которых в MOLODOST уделяется большое количество внимания и времени. Каждый врач на сегодняшний день использует в своей работе протокол консультаций версии 2.0. На момент открытия клиники возвращаемость клиентов составляла 32%, на момент внедрения «Консультаций 2.0» показатель был на уровне 42%, и на текущий момент уже 65% пациентов вернулись в клинику более трех раз (**рис. 3**). Средний чек в клинике с момента внедрения нового формата консультаций увеличился на 20% (**рис. 4**).

Выводы

Таким образом, через желание понять, почему пациенты не доверяют врачам-косметологам и, как следствие, не возвращаются после консультаций или сходят на полпути, я сделала другое, более важное открытие.

Через «Консультации 2.0» мы не просто отработываем возражения и помогаем пациенту осознать ценность назначений, важность его включенности в процесс и убеждаем в экспертности врача. На консультации мы проводим глубокую работу, обращая внимание на его внешние и внутренние проблемы, создавая у пациента адекватную картину мира, поддерживая его стремление к переменам и показывая, как изменится он сам и, как следствие, его жизнь. Такой подход — самый надежный способ показать, что потребности и желания клиента стоят для нас на первом месте, а клиенты, в свою очередь, это чувствуют и остаются вместе с нами надолго.

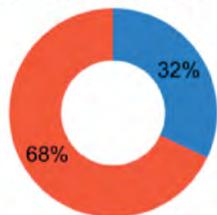
Конверсия возвращаемости и повышение среднего чека — это приятные бонусы, которые не были целью исследования. Целью было понять, как обеспечить регулярный поток клиентов с повторной записью и профессиональное развитие для врачей, ведь именно они, как проводники, ведут пациентов к wow-результатам, и от их поддержки во многом зависит целеустремленность пациентов.

Наш медицинский подход к работе и итоги «Кастдева» в комплексе позволили не столько узнать новые для себя вещи, сколько структурировать, упростить и улучшить работу специалистов, а также помочь пациентам добиваться заметных результатов и повышать качество их жизни.

Именно схема win-win, когда обе стороны получают результаты, оправдывающие ожидания, считается идеальной как в бизнесе, так и в медицине. И кажется, в клинике MOLODOST нам удалось приблизиться к пониманию, как этого добиться.

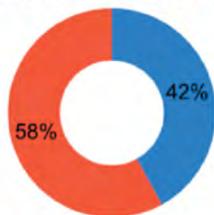
Надеюсь, данная работа и мой опыт помогут моим коллегам, как врачам-косметологам, так и собственникам клиник, по-новому взглянуть на процессы взаимодействия с пациентом, добиваться еще более впечатляющих профессиональных результатов и повышать ценность косметологии в глазах людей. Ведь мы действительно помогаем менять жизни к лучшему!

май 2021г.-август 2021г.



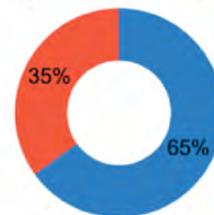
● Вернувшиеся (более 3-х раз) ● Потерянные

сентябрь 2021г.-декабрь 2021г.



● Вернувшиеся (более 3-х раз) ● Потерянные

январь 2022г.-ноябрь 2022г.



● Вернувшиеся (более 3-х раз) ● Потерянные

Рис. 3. Конверсия возвращаемости по клинике

Наименование	Период
май 2021 – август 2021 г.	
Вернувшиеся (более 3 раз)	32%
Потерянные	68%
сентябрь 2021 – декабрь 2021 г.	
Вернувшиеся (более 3 раз)	42%
Потерянные	58%
январь 2022 – ноябрь 2022 г.	
Вернувшиеся (более 3 раз)	65%
Потерянные	35%
В т.ч. по периодам	
январь 2022 – апрель 2022 г.	
Вернувшиеся (более 3 раз)	62%
Потерянные	38%
май 2022 – август 2022 г.	
Вернувшиеся (более 3 раз)	64%
Потерянные	36%
сентябрь 2022 – ноябрь 2022 г.	
Вернувшиеся (более 3 раз)	69%
Потерянные	31%

* Период январь 2022 — ноябрь 2022 г. рассчитан из среднего показателя конверсии возвращаемости за периоды: январь–апрель 2022 г.; май–август 2022 г.; сентябрь–ноябрь 2022 г.

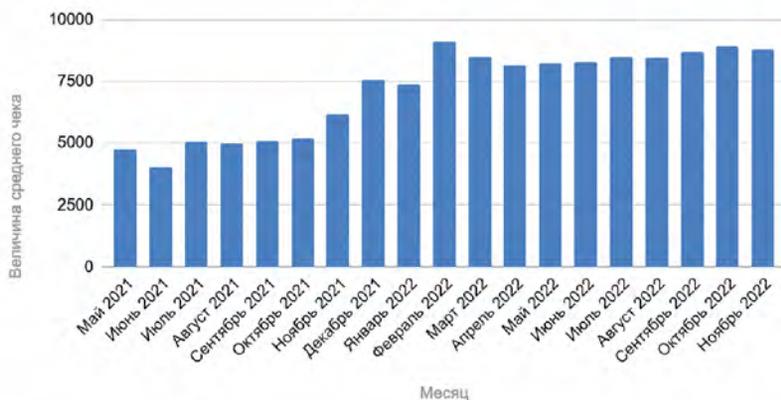


Рис. 4. Показатель среднего чека по клинике

Мальгинова Е.В.

Возможности аппаратной косметологии в вопросах лечения рубцовых состояний в области лица разного генеза

**Мальгинова
Екатерина Вадимовна**
Врач-косметолог,
дерматовенеролог,
сертифицированный эксперт
бренда Biologique Recherche
Клиника «Посольство
Красоты», Владивосток

Актуальность проблемы

Несмотря на глобализацию бодипозитива по всему миру, тема видимых рубцовых состояний на лице и теле, особенно у молодых девушек, воспринимается все еще очень остро. Согласно отчету British Skin Foundation, 72% людей, у которых на теле есть заметные шрамы или заболевания кожи, сообщают, что это негативно сказывается на их самооценке.

Оно и неудивительно, весь в массовой культуре различного рода рубцы ассоциируются с негативными персонажами: Лицо со шрамом (1983), Фредди Крюгер (1984), Шрам из «Король Лев» (1994), Джокер (2019). Все это оказывает огромное влияние на восприятие людей с особенностями внешности.

Мир становится более терпимым и толерантным, но не столь быстрыми шагами. А девушкам, перенесшим тяжелые формы акне, ожоги или травмы, необходимо жить полной жизнью уже сейчас.

Поэтому современная косметология не стоит на месте и каждый год совершенствует свои возможности в области коррекции рубцовых деформаций различного генеза.

Материалы и методы

В своей практике для работы с рубцами я использую следующие методики.

- Лазерная шлифовка на эрбиевом аппарате Action II. Суть метода заключается в возможности контролируемого повреждения тканей с помощью абляционных технологий для последующего их обновления, омоложения, реорганизации. Лазерный луч способен деликатно выпаривать старые ткани, стимулируя рост нового коллагена, улучшая состояние кожи, сглаживая рельеф и устраняя различные кожные дефекты. В своей работе я использую сочетание как сплошной, так и фракционной лазерной шлифовки.
- Игольчатый RF-лифтинг Infini. Во время процедуры происходит воздействие множества микроигл на глубину от 1 до 3,5 мм с одномоментной подачей энергии высокой частоты. Такой прогрев запускает процессы регенерации (заживления, восстановления), кровообращение усиливается, стимулируется деление клеток, вырабатываются коллаген и эластин, появляются новые капилляры, кожа подтягивается, восстанавливаются физиологические объемы тканей, что особенно актуально при наличии атрофических рубцов.

- IPL-технология на платформе M22. Представляет собой воздействие на ткани широкополосным импульсным светом, длина волны которого составляет 400–1200 нм. Клинические эффекты IPL вызваны поглощением энергии света хромофорами кожи. Таким образом во время процедуры происходит нагрев меланина и гемоглобина с последующим их разрушением и выведением из тканей, что способствует удалению видимых сосудов, пигментных пятен. В нашем случае данная методика позволяет нам убрать патологические сосудистые сети, появившиеся в результате травмы и формирования рубцов, улучшить тон кожи.
- Фотодинамическая терапия Healed II. Вспомогательная процедура, помогающая в процессе реабилитации после более травматичных процедур. В основе технологии работы фототерапевтического аппарата HEALITE II лежит воздействие на ткани низкоинтенсивным лазерным излучением. В процессе процедуры индивидуально будут задаваться мощность и длина волны в зависимости от поставленных целей процедуры. В результате происходят активизация процессов естественной регенерации, клеточного обновления и восстановления кожи, улучшение кровообращения, снятие болевых ощущений и отечности.

Клинический случай № 1

Пациентка А., 35 лет.

С подросткового возраста наблюдалась у дерматолога по причине акне 2-й и 3-й степени тяжести. Высыпания прекратились к 30 годам, оставив после себя глубокие и множественные рубцы постакне на лице. В этот момент впервые обратилась в клинику, был выставлен диагноз: L90.5 Рубцовые состояния и фиброз кожи.

На протяжении 5 лет периодически делала процедуры (около 5 в течение 5 лет) фракционного фототермолиза на аппарате Deka SmartXide Dot с медленн нарастающей положительной динамикой. Состояние кожи было улучшено, но общая неровность текстуры и зоны атрофии сохранялись (**рис. 1**).



Рис. 1. Пациентка А., 35 лет. Глубокие и множественные рубцы постакне на лице. Диагноз: L90.5 Рубцовые состояния и фиброз кожи

ПЛАН ТЕРАПИИ

1. Игольчатый RF-лифтинг Infini.
2. Сплошная лазерная шлифовка на аппарате Action II.
3. Курс фотодинамической терапии Healite II.
4. Фотолечение IPL на платформе M22.
5. Курс фотодинамической терапии Healite II.

ПРОТОКОЛ ТЕРАПИИ

Первый этап включал в себя комбинацию трех методик в один сеанс: игольчатый RF-лифтинг Infini, затем — сплошная лазерная шлифовка Action II, в завершение — фотодинамическая терапия Healite II. Перед процедурой была проведена компьютерная диагностика кожи на аппарате Antera 3D и нанесена аппликационная анестезия Акриол Про на 60 минут.

Игольчатый RF-лифтинг выполнялся в три прохода на трех уровнях: первый проход на глубину 3,5 мм, 8-й уровень, 170 мс, второй проход на глубину 2,5 мм, 6-й уровень, 150 мс, третий проход на глубину 1,5 мм, 5-й уровень, 120 мс с целью улучшить макрорельеф кожи, приподнять зоны атрофии, разбить фиброз в тканях.

Следом выполнялась сплошная лазерная шлифовка Action II при параметрах 4,0 Дж/см² с акцентом на проблемные зоны с целью выравнивания микрорельефа.

Для снятия дискомфортных ощущений, улучшения периода реабилитации и уменьшения отечности в завершение выполнена фотодинамическая терапия Healite II 830 и 590 нм 16 минут.

Фотодинамическая терапия выполнялась курсом 10 процедур один раз в день ежедневно в течение всего периода реабилитации с целью антисептики раневой поверхности, снятия отечности и улучшения заживления кожи.

Вторым этапом спустя месяц проведена процедура IPL-фотолечения кожи на платформе M22 с целью снятия поствоспалительной гиперемии, выравнивания общего тона кожи, лифтинга с использованием 560, 590 и 640 фильтров.

В заключение выполнен курс фотодинамической терапии Healite II 830 и 590 нм 16 минут № 5 ежедневно один раз в день с целью ускорения периода реабилитации.

ОЦЕНКА ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

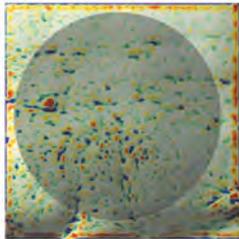
В результате проведенных процедур в течение 2 мес мы получили выравнивание общего макро- и микрорельефа кожи, восстановление зон атрофии, сглаживание общей текстуры кожи, сужение пор, улучшение общего цвета лица (рис. 2).

Результаты сравнительного анализа рубцовой ткани до и после выполненных процедур, проведенного с помощью аппарата Antera 3D, приведены на рис. 3–5.



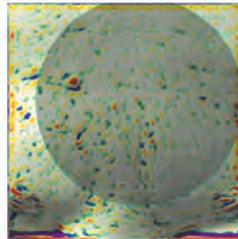
Рис. 2. Пациентка А., 35 лет. Состояние после проведенного лечения (фото справа в паре фотографий)

Текстура: маленькая (0.1 - 1 mm)



● лоб 22.10.2022

- Roughness (1,0mm) = 9,427



● лоб 26.12.2022

- Roughness (1,0mm) = 8,283

Шероховатость
ниже 1,0 mm по сравнению с латеральным размером

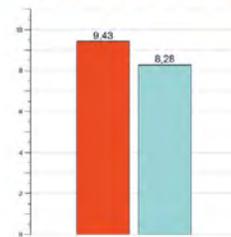
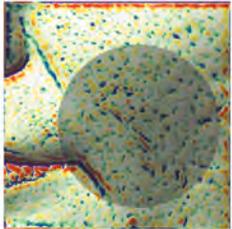


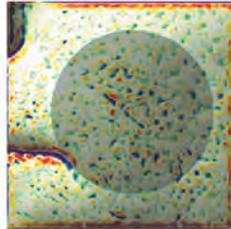
Рис. 3. Область лба: разница шероховатости текстуры уменьшилась на 1,144

Текстура: маленькая (0.1 - 1 mm)



● левый угол губы 22.10.2022

- Roughness (1,0mm) = 13,456



■ левый угол губы 3 26.12.2022

- Roughness (1,0mm) = 11,821

Шероховатость
ниже 1,0 mm по сравнению с латеральным размером

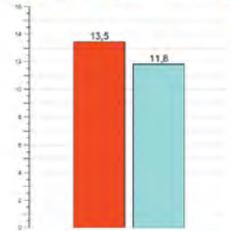
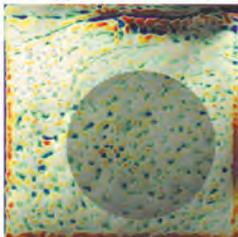


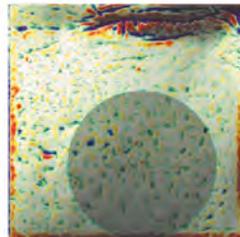
Рис. 4. Область левого угла губы: разница шероховатости текстуры уменьшилась на 1,635

Текстура: маленькая (0.1 - 1 mm)



● правый глаз 22.10.2022

- Roughness (1,0mm) = 10,220



■ правый глаз 26.12.2022

- Roughness (1,0mm) = 9,775

Шероховатость
ниже 1,0 mm по сравнению с латеральным размером

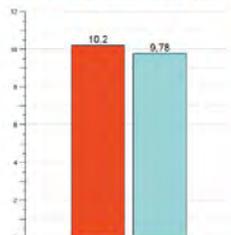


Рис. 5. Область левой щеки: разница шероховатости текстуры уменьшилась на 0,445

РЕКОМЕНДАЦИИ

С целью улучшения общего состояния кожи в последующем для пациентки рекомендовано сочетание инъекционных и аппаратных процедур.

1. Повторная процедура лазерной шлифовки Action II с сочетанием фракционного и сплошного воздействия с целью улучшения эффекта сглаживания текстуры кожи и уменьшения видимости атрофических рубцов постакне.
2. Курс фотолечения № 2–3 на платформе M22 с интервалом 4 нед с целью выравнивания тона кожи, сужения пор, придания эффекта лифтинга, улучшения тонуса.
3. Курс инъекций № 3 препарата на основе коллагена Коллост 7% 1,5 мл с целью улучшения тонуса кожи, восстановления оставшихся участков атрофии.

Клинический случай № 2

Пациентка Ю., 24 года.

В возрасте одного года перенесла серьезный ожог кожи лица и тела после взрыва газа. Много лет наблюдалась у хирургов, проводились процедуры пересадки кожи и липофилинга. Косметолога по поводу рубцов никогда ранее не посещала, процедур для улучшения состояния кожи не проводила. Исходно в области двух третей лба, левой щеки, носа, подбородка и частично правой щеки имеется плотная рубцовая деформация с участками гипертрофии, множественные мелкие сосуды в области перехода рубцовой ткани в здоровую кожу, мелкие пигментные пятна. Кожа периорбитальной области левого глаза имеет более темный коричневый оттенок в сравнении с участками здоровой кожи. Выставлены диагнозы: L90.5 Рубцовые состояния и фиброз кожи; L81.2 Веснушки; I78.9 Болезнь капилляров неуточненная (**рис. 6**).



Рис. 6. Пациентка Ю., 24 года. Состояние после многолетнего лечения ожога лица. Диагнозы: L90.5 Рубцовые состояния и фиброз кожи; L81.2 Веснушки; I78.9 Болезнь капилляров неуточненная

ПЛАН ТЕРАПИИ

1. Фотолечение ILP на платформе M22 № 2.
2. Лазерная шлифовка Action II.
3. Курс фотодинамической терапии Healtite II.

ПРОТОКОЛ ТЕРАПИИ

Первый этап включал в себя процедуру фотолечения кожи на платформе M22 с использованием 560 и 590 фильтров с целью осветления пигментных пятен, удаления мелких капилляров и подготовки кожи к дальнейшим повреждающим процедурам. Перед процедурой была проведена компьютерная диагностика кожи на аппарате Antera 3D.

Вторым этапом спустя 3 нед проведена сочетанная процедура лазерной шлифовки лица с использованием фракционного и сплошного воздействия. Перед процедурой с целью анестезии был нанесен крем Акриол Про на 60 минут. Участки гипертрофии обработаны единичным пятном с энергией 5 Дж/см² до визуального сглаживания рельефа. Основная площадь рубцов обработана фракционным лучом с энергией 18 Дж/см² 5 стек с целью улучшения состояния рубцовой ткани, выравнивания общего рельефа.

Выполнен курс фотодинамической терапии Healtite II 830 и 590 нм 16 минут № 7 ежедневно один раз в день с целью ускорения периода реабилитации и снятия отечности.

Спустя месяц выполнена повторная процедура фотолечения кожи на платформе M22 с использованием 560 и 590 фильтров с целью осветления остаточной гиперемии, пигментных пятен, удаления мелких видимых капилляров, выравнивания общего тона лица.

ОЦЕНКА ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

В результате проведенных процедур в течение 2 мес мы получили выравнивание общего рельефа тканей, осветление и выравнивание тона лица, улучшение состояния рубцовой ткани, сглаживание участков гипертрофии (**рис. 7**).



Рис. 7. Пациентка Ю., 24 года. Состояние после проведенного лечения (фото внизу в паре фотографий)

Рис. 8. Область лба: разница шероховатости текстуры уменьшилась на 1,067

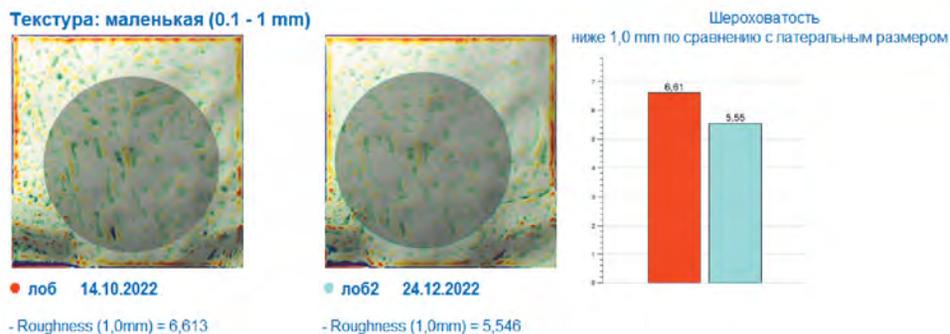


Рис. 9. Область левого угла губы: разница шероховатости текстуры уменьшилась на 0,753

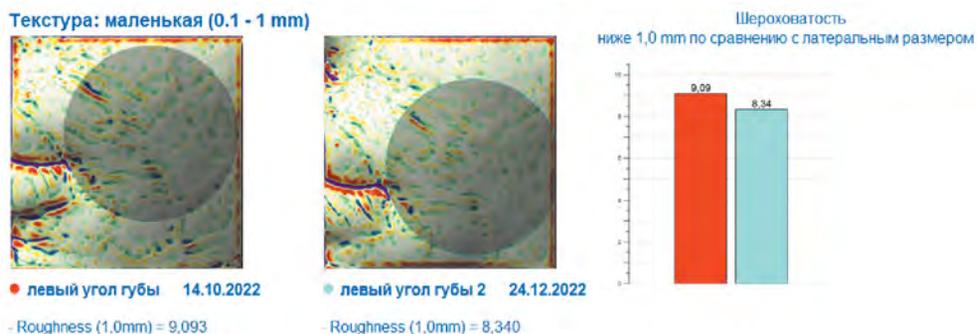
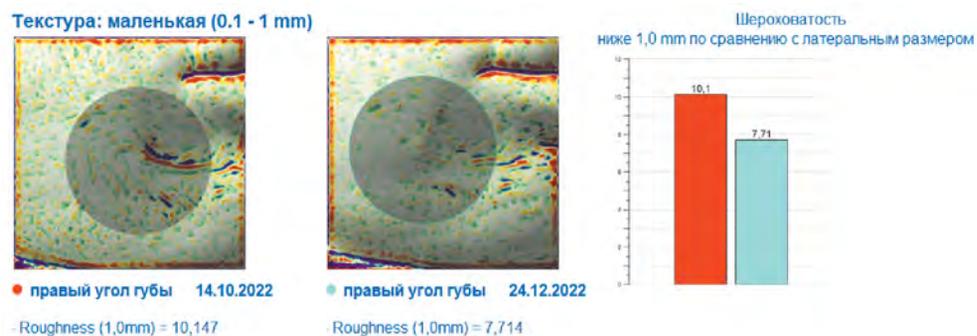


Рис. 10. Область правого угла губы: разница шероховатости текстуры уменьшилась на 2,433



Результат сравнительного анализа рубцовой ткани до и после выполненных процедур, проведенного с помощью аппарата Antera 3D, представлен на **рис. 8–10.**

РЕКОМЕНДАЦИИ

С целью улучшения общего состояния кожи в последующем для пациентки рекомендовано сочетание инъекционных и аппаратных процедур.

1. Курс инъекций № 5–10 препарата на основе коллагена Сферогель Лайт в область рубцов для улучшения состояния рубцовой ткани.
2. Повторная процедура лазерной шлифовки Action II № 2–5 с сочетанием фракционного и сплошного воздействия с целью улучшения эффекта сглаживания текстуры кожи, сокращения площади рубцов, уменьшения площади гипертрофических участков.

3. Повторная процедура фотолечения на платформе M22 № 2–5 с целью уменьшения гиперемии, удаления мелких сосудов и выравнивания общего тона лица.
4. Курс фотодинамической терапии Healite II для улучшения периода реабилитации и снятия отечности после травматичных процедур.

Заключение

Современная аппаратная косметология позволяет выполнять высокоэффективные процедуры коррекции различных рубцовых состояний. Благодаря грамотным сочетаниям различных технологий мы можем получать выраженные результаты даже за один сеанс, что является большим преимуществом для наших пациентов. Так, например, сочетание фракционного и сплошного воздействия позволяет нам работать в одну процедуру как с макро, так и с микрорельефом, восстанавливать глубокую атрофию и сглаживать гипертрофию рубцовой ткани.

Одни и те же косметологические аппараты способны решать широкий перечень задач, с которыми мы сталкиваемся в своей практике.

Использование систем для ускорения реабилитации позволяет пациентам перенести постпроцедурный период более комфортно, как физически, так и морально, поскольку мы окружаем человека заботой и следим ежедневно за его динамикой.

Для того чтобы иметь четкий алгоритм работы с определенным пациентом, необходимо понимать особенности строения черепа и мягких тканей человека. Давайте разберем эти особенности на примере представителей разных рас (рис. 2).

Представители европеоидной расы:

- положение лицевого черепа по отношению к мозговому ортогнатическое;
- форма черепа приближена к брахицефалии;
- лоб средней высоты;
- скулы умеренно выражены;
- подбородок умеренно выражен, реже микрогения;
- четко очерченный профиль;
- губы средней полноты;
- I–II фототип кожи по Фицпатрику.

Монголоидный тип:

- череп характеризуется большим лицевым углом (ортогнатией);
- череп крупный, имеет брахицефалическую форму;
- голова круглая, лицо высокое, профиль уплощен;
- лоб широкий, покатый;
- разрез глаз узкий, миндалевидный;
- характерно наличие эпикантуса;
- скулы высокие, выступают вперед;
- небольшой слабо выступающий нос;
- спинка носа уплощена;
- губы средней полноты;
- подбородок практически не выступает;
- характерны III–IV фототипы кожи.

Негроидный тип лица:

- лицевой угол меньше, чем у европейцев (прогнатизм);
- форма черепа долихоцефалическая;
- овальная или круглая форма лица;
- высокий лоб;
- широкая переносица;
- широкие ноздри;
- толстые губы;
- округлый подбородок;
- IV–VI фототипы кожи.

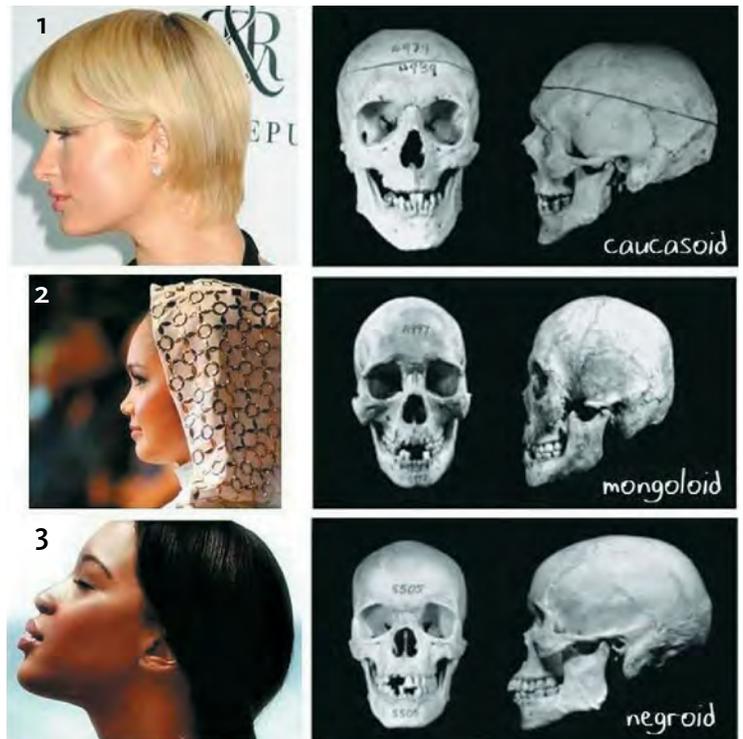


Рис. 2. Различия в строении черепа представителей разных рас: 1 — череп европейца; 2 — череп эскимоса; 3 — череп негра [3]

Отталкиваясь от особенностей строения черепа и мягких тканей, мы можем прогнозировать возрастные изменения конкретного пациента, что поможет нам правильно подойти к выбору метода воздействия на ту или иную проблему.

Разберем на примере трех клинических случаев, насколько важную роль играют анатомические особенности человека в тактике работы специалиста эстетической медицины.

Пациент 1

Пациентка И., 35 лет.

Национальность — русская.

Типичный балтид — малая раса большой европеоидной расы (**рис. 3**).

Желание — гармонизировать лицо.

Представители данной расы в большинстве своем подвержены деформационному или усталому типу старения. Большим плюсом таких пациентов является высокая плотность и упругость кожи. Именно поэтому к своим 35 годам пациентку в большей степени беспокоит вопрос гармонизации лица, а не возрастных изменений.

По снимкам можем отметить характерные черты, присущие данному подвиду европеоидной расы, — II фототип кожи, светлые волосы, серо-голубые глаза, брахицефалическую форму черепа, округлое лицо, лоб средней высоты с небольшим дефицитом объема височной зоны, маленький подбородок, умеренно выраженные скулы, выступающий нос, губы средней полноты.

Вместе с тем отмечаются первые проявления возрастных изменений в виде умеренногоптоза тканей средней трети лица и мимических морщин.

Наша задача: сохранить природную красоту пациентки и ее уникальные расовые отличия, комплексно поработав над признаками увядания кожи.

Поэтапно пациентке были проведены следующие процедуры.

1. Для улучшения качественных характеристик кожи была проведена процедура коллагеностимуляции раствором полимолочной кислоты, что

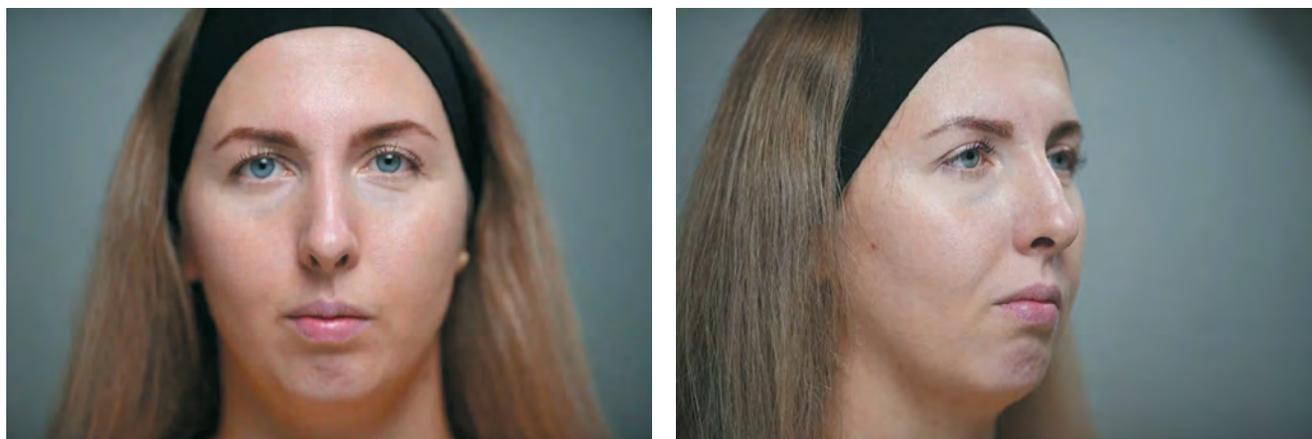


Рис. 3. Фотографии пациентки европеоидной расы до проведения процедур

является лечебной и профилактической процедурой одновременно. Уплотнение кожи, сияние и увеличение тонуса кожи будет нарастать на протяжении 6–24 мес.

2. Через 2 нед после первого этапа была проведена процедура ботулинотерапии в технике full face 100-единичным препаратом.

Дозировка подобрана относительно мимической активности пациента. Особенностью коррекции в данном случае является предупреждение появления статических морщин на фоне мимической активности небольшими дозировками ботулотоксина, а также расслабление *m. mentalis*, которая находится в выраженном гипертонусе.

Дозировки: лоб — 4 ед, межбровье — 9 ед, глаза — 6 ед, подбородок — 6 ед. Суммарная дозировка ботулотоксина составила 25 ед.

3. Третьим этапом были использованы филлеры гиалуроновой кислоты с целью гармонизации черт лица.

Был восполнен дефицит объема верхней трети лица 1 мл геля средней плотности, канюля 22G. Это позволило нам сгладить дефицит объема лба и височных зон.

Далее была проведена контурная пластика средней трети лица 1 мл геля с высоким G-праймом, тем самым скорректированы первые возрастные изменения, связанные с липоатрофией глубокого среднещечного жирового пакета, и воссоздана юная линия Оджи. Выполнялась работа в канюльной технике.

Контурная пластика нижней трети лица была проведена с целью устранения дефицита объема подбородка препаратом гиалуроновой кислоты высокой плотности в количестве 4 мл в смешанной технике — болюсной и канюльной. Такие объемы целесообразны для данной расы в связи с характерной микрогенией, присущей балтидам.

У пациентов указанной расы отличительной особенностью является достаточная высота губ, но возрастная липоатрофия приводит к уменьшению их наполненности, что решается с помощью 1 мл геля гиалуроновой кислоты средней плотности.

Фото пациентки после проведения процедур представлены на **рис. 4**.



Рис. 4. Фотографии пациентки европеоидной расы после проведения косметологических процедур



Рис. 5. Пациентка Л., представительница австрало-негроидной расы

Пациент 2

Пациентка Л., 24 года (рис. 5).

Метиска.

Мать — представитель европеоидной расы, национальность — русская.

Отец — представитель австрало-негроидной расы, национальность — африканец.

Несмотря на то, что данная пациентка несет в себе слияние кровей разных рас, в большинстве своем она имеет черты австрало-негроидной группы: V фототип кожи, овальная форма лица, высокий лоб, широкий нос, выраженный объем губ, округлый подбородок, толстая, плотная кожа, гиперпигментация периорбитальной зоны.

Помимо расовых особенностей, можем отметить западение носослезной борозды, выраженную мимическую активность верхней трети лица, птоз средней трети лица (**рис. 6**).

Поэтапно пациентке были проведены следующие процедуры.

1. Ботулинотерапия лица в технике full face 100-единичным ботулотоксином: лоб — 8 ед, межбровье — 12 ед, глаза — 4 ед, подбородок — 2 ед, мышца, опускающая угол рта, — 2 ед, нос — 30 ед. Суммарная дозировка составила 58 ед.

Особо хотелось отметить работу БТА в зоне носа: высокие дозы позволяют скорректировать ширину носа и зрительно сузить его. Для этого инъекции были проведены в мышцу, расширяющую ноздри, в крыльную часть носовой мышцы и в мышцу, опускающую кончик носа.

Гипертонус мышц нижней трети был сбалансирован инъекциями в *m. mentalis* и *m. anguli oris*.

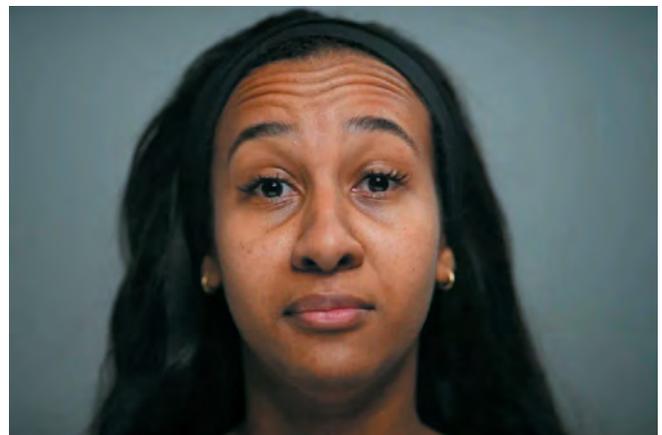
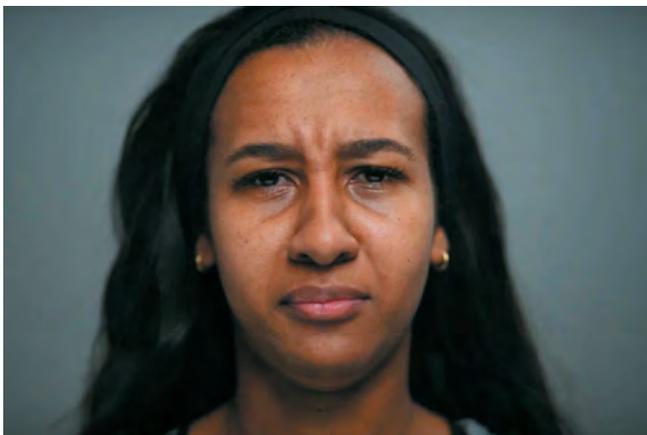


Рис. 6. Мимическая активность пациентки до проведения ботулинотерапии и последующих процедур



Рис. 7. Мимическая активность пациентки после проведения ботулинотерапии и последующих этапов коррекции

Стоит отметить, что у представителей негроидной расы значительно выше сила сокращения и активность мышц, за счет чего им требуются более высокие дозировки препарата, чем европеоидам [4] (**рис. 7**).

2. Следующим этапом мы корректировали дефицит объема в проекции носослезной борозды. Использовали 1 мл геля гиалуроновой кислоты средней плотности, канюлю 22G.
3. Контурная пластика щечно-скуловой зоны — 1 мл плотного препарата в болюсной технике для сглаживания перехода в средней трети лица.
4. Контурная пластика носогубных складок — 1 мл препарата.
5. Заполнение пространства Ристоу на костно болюсно — 1 мл плотного препарата.
6. Волюмизация губ — 0,5 мл геля для восполнения объема тканей губ.

Соблюдение расовых отличий позволяет более точно подобрать протокол процедур. Фото пациентки до начала проведения процедур и по их окончании представлены на **рис. 8** и **9**.



Рис. 8. Пациентка Л. до проведенных процедур



Рис. 9. Пациентка Л. после завершения всех этапов коррекции



Рис. 10. Пациентка Р., представительница монголоидной расы

Пациент 3

Пациентка Р., 58 лет.

Представительница монголоидной расы (рис. 10). Национальность — казашка.

Характерными особенностями данной пациентки являются широкое лицо, уплощенный профиль, наличие эпикантальной складки, узкий разрез глаз, слабо выступающий нос с уплощенной спинкой, выраженные скулы, дефицит объема подбородка. Мыскульный тип старения (по Кольгуненко) также является характерной особенностью представителей монголоидной расы.

Обратите внимание на то, что у данной пациентки более выраженная жировая прослойка, чем пациентов европеоидной и австрало-негроидной расы.

Особенность в том, что с возрастом у монголоидов увеличивается объем подкожно-жировой клетчатки — преимущественно в области боковых поверхностей нижней челюсти, в медиальных (носогубные возвышения) и латеральных отделах щек [5]. Это приводит к смещению жировых пакетов средней трети лица вниз с формированием «квадратного» тяжелого лица, выраженным носогубным складкам, появлению среднещечной борозды, губоподбородочных складок, брылей.

Данной пациентке были проведены следующие процедуры.

1. Ботулинотерапия full face 100 единичным препаратом: лоб — 4 ед, межбровье — 18 ед, нос — 4 ед, глаза — 26 ед, верхняя губа — 3 ед, мышца, опускающая угол рта, — 2 ед, нижняя треть — 14 ед. Общая дозировка составила 71 ед.

В случае с азиатским типом лица не рекомендуется использование больших дозировок препарата в зоне верхней трети, в противном случае мы имеем возможность столкнуться с опущением мягких тканей данной области. Поэтому в зону лобной мышцы вводилось небольшое количество единиц.

Ботулинотерапия периорбитальной зоны проведена в технике максимального открытия века.

Расслабили мышцу, опускающую угол рта, круговую мышцу рта, а также платизму в зоне нижней трети лица.

В результате коррекции отмечается снижение мимической активности с одновременным сохранением естественной мимики. Добиться полной блокировки мышечной активности у пациентов с мускульным типом старения достаточно сложно и чревато появлением стойких отеков на фоне применения больших дозировок ботулотоксина.

2. Контурная пластика средней трети лица с целью коррекции среднещечной борозды — 1 мл филлера высокой плотности.
3. Контурная пластика носогубных складок — 1 мл препарата средней плотности.
4. Гармонизации объема подбородка и придание четкости линии нижней челюсти — 3 мл геля гиалуроновой кислоты в сочетанной технике (канюля + игла).



Рис. 11. Фотографии пациентки до проведения процедур

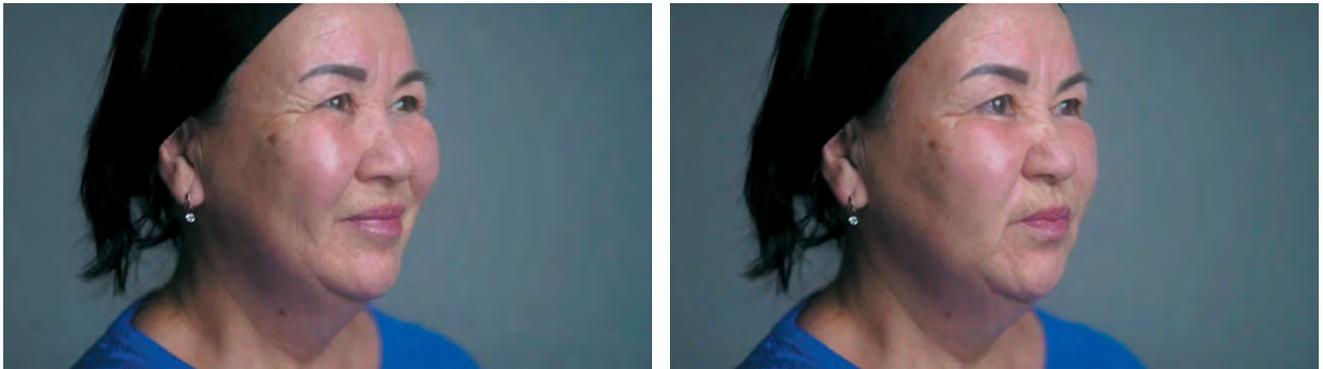


Рис. 12. Фотографии пациентки после проведения всех этапов процедур

5. Контурная пластика губ с целью восполнения потерянного объема мягких тканей и уменьшения расстояния между верхней губой и носом — 1 мл препарата.
6. Бланширование статических морщин — 1 мл препарата ультрамягкой плотности.
7. Для улучшения качественных характеристик кожи применялся раствор полимолочной кислоты.

Фото пациентки до начала проведения процедур и по их окончании представлены на **рис. 11** и **12**.

Выводы

Благодаря проделанной работе мы выявили следующие алгоритмы работы с пациентом конкретной расовой принадлежности.

При проведении ботулинотерапии:

- негроидная раса:
 - необходимо уменьшение гипертонуса мышц-депрессоров;
 - возможность уменьшения ширины носа и поднятия кончика с помощью ботулинотерапии;

- монголоидная раса:
 - необходима аккуратная и дозированная коррекция в области верхней трети лица во избежание стойких отеков в связи с анатомическими особенностями строения лица данных пациентов;
 - техника «open eyes» поможет получить красивый приоткрытый взгляд у азиатских лиц;
- европеоидная раса:
 - ботулинотерапия с целью профилактики образования мимических морщин;
 - есть необходимость расслабления *m. mentalis* в случае гипертонуса мышцы.

При проведении контурной пластики:

- монголоидная раса:
 - основная задача — сделать лицо более рельефным, увеличить его горизонтальную и вертикальную профилировку;
 - акцент на коррекции нижней трети позволит вытянуть лицо, получить более овальную форму и добавить высоты лицу, тем самым гармонизировать его;
 - не следует вводить препарат в латеральные области скул, это поможет избежать эффекта «широкого» лица;
- негроидная раса:
 - восполнение недостающего объема в проекции носослезной борозды поможет визуально уменьшить выраженность темных кругов под глазами;
 - в случае контурной пластики губ не стоит использовать большие объемы препаратов, чтобы избежать гиперкоррекции этой зоны;
- европеоидная раса:
 - с точки зрения золотого сечения лицо представителя европеоидной расы является максимально приближенным к гармонии, поэтому важно делать акцент на профилактическую коррекцию возрастных изменений.

Литература

1. Day of Eight Billion. United Nations: Official website. <https://www.un.org/dayof8billion>
2. **Нестурх М.Ф.** Человеческие расы: научно-популярное издание. 3-е изд., пересмотр. М.: Просвещение, 1965. 106 с.
3. **Морозов Д.** Почему чернокожие люди в большинстве своём похожи на обезьян больше, чем белые или монголоиды. Яндекс. Кью. 02 декабря 2020. https://yandex.ru/q/science/352669185/?answer_id=5ef9a704-3492-4acd-9c19-08081fc0a8d0&comment_id=a8740b95-44c4-4d67-bc51-0cdfb863cd92&w_origin=question_control
4. **Сатардинова Э.** Инъекции ботулотоксина и этнические особенности лица. Beauty code. <https://beautycode.club/articles/anti-age/injection-methods-cosmetology/botulinoterapiya/inektsii-botulotoksina-i-etnicheskie-osobennosti-litsa.html>
5. **Воловик М.** Особенности эстетической коррекции центральноазиатского типа лица (ч. 1). Новые технологии красоты. 6 сентября 2016. <http://newbeautytech.ru/blog/asian-aging/>

Рейбер-Австрийская А.А.

Пациент-мужчина и эстетическая медицина

Введение

Почему мужчины скептически относятся к косметологии и эстетической медицине в целом?

Что или кто заставляет их отказаться от вечной молодости, красоты и здоровья кожи?

В нашем регионе представитель сильной половины человечества, которого можно встретить в клинике, специализирующейся на эстетической медицине, большая редкость. Ввиду некоторых предрассудков мужчины стесняются посещать косметолога: «а вдруг приятели будут осуждать», «а что подумают соседи» — и так далее. В месте, где мы живем, сложился прочный стереотип, что пациент-мужчина, который посещает косметологическую клинику, непременно является представителем нетрадиционной ориентации. Ведь «настоящий» мужчина не имеет права ухаживать за собой, держать свое лицо в тонусе, работать на перспективу и должен быть таким, какой он есть по умолчанию, с заводскими настройками, ни на толику не позволяя себе от них отступить и тем более заниматься каким-либо улучшением. Однако это не единственная причина, почему мужчин в кабинете косметолога значительно меньше, нежели женщин.

Давайте все-таки разберем «от и до», что же останавливает «сильный пол» перед походом в «цитадель красоты и молодости». Предрассудки или недостаток информации? Возможно, болезненные ощущения или все-таки заметность результата манипуляции?

Выбор метода

Как показала практика, все вышеперечисленные причины как раз и являются препятствием на пути мужчины к дружбе с косметологом.

Что же в первую очередь необходимо пациенту-мужчине в кресле у косметолога? Главные потребности — это комфорт, минимальная реабилитация или ее отсутствие и естественный результат, который максимально важен, так как у мужчины, как правило, нет желания объясняться с окружающими на тему того, на каких процедурах он был накануне. Все-таки сложившиеся стереотипы

**Рейбер-Австрийская
Алиса Алексеевна**

Врач-дерматовенеролог,
косметолог, лазеротерапевт.
Участник российских
и международных конгрессов
эстетической медицины.
Сертифицированный
специалист по IV-терапии

Ведущий врач-дерматолог,
косметолог клиники лазерной
медицины и косметологии
Estelaser, Анапа

сложно сломать разом, однако мы попробуем сегодня развенчать некоторые из мифов, которыми обросли отношения косметолога и пациента-мужчины, и кто знает, возможно, для кого-нибудь данный текст станет неким подспорьем на пути в косметологический кабинет.

Мужчины боятся гиперкоррекции, боли, дискомфорта и долгой реабилитации, а также тратить слишком много времени в кабинете у косметолога, поэтому в большей степени под «мужские» методы коррекции подойдут аппаратные методики.

Клинический случай

Мужчина, 51 год.

Отечно-деформационный тип старения.

Никогда ничего не делал у косметолога.

Цель: компактизация субментальной области, коррекция гравитационногоптоза, улучшение качества кожи и работа на перспективу.

Были выбраны и проведены следующие процедуры.

1. Ультразвуковой SMAS-лифтинг на аппарате Ultraformer (расширенный протокол) для усадки тканей в субментальной области, средней и нижней трети лица, потому как имеется избыток подкожно-жировой клетчатки. Была проработка в проекции скуловой связки, так как нам известно, что в этом месте находится реперная точка, поэтому мы простимулировали и тем самым сократили связочный аппарат и попытались переместить ткани из медиального в верхне-латеральное положение в соответствии с векторами молодости. Была проведена однократная процедура, рекомендовано делать 1 процедуру в 8–12 мес.
2. Компактизация жировых пакетов на аппарате Fotona в режиме Piano. Было проведено 2 процедуры с периодичностью 1 процедура в 5–6 нед, рекомендовано еще 2–3 процедуры через 6–8 нед.
3. Псевдоблефаропластика CO₂-лазером DEKA SmartXide2 для сокращения кожного лоскута и попытки создания более открытого взгляда. Проведена одна процедура, рекомендовано повторить до конца осенне-зимнего периода.
4. Микроигольчатый RF Morpheus8 для объемной коагуляции жировой ткани, уплотнения и сокращения кожи, устранения дряблости, увеличения упругости и эластичности кожи лица, выравнивания текстуры и избавления от постакне и расширенных пор. Выполнена одна процедура, рекомендовано повторять раз в год.
5. Биполярный RF Forma как дополнительная компактизация подкожно-жировой клетчатки, а также для улучшения микроциркуляции, стимуляции фибробластов, ведущей к уплотнению и реорганизации дермы. Выполнен курс из 6 процедур с периодичностью 1 раз в неделю.
6. Микротоковая терапия ввиду склонности к отекам для устранения пастозности. Выполнен курс из 10 процедур через день. Рекомендованы

поддерживающие процедуры с периодичностью 1 раз в 2 нед.

7. Фототерапия Lutessa, с помощью которой мы поработали с качеством кожи, сосудистым компонентом и улучшили цвет лица. Сделано 3 процедуры один раз в 4 нед.

Состояние пациента до комплекса процедур и после их завершения представлено на панели фотографий (см. **фото**).

Проведенные процедуры вносят изменения со знаком плюс во внешность нашего пациента без видимых следов манипуляций. И что очень важно: долговременный эффект будет нарастать с каждым днем. Также таким комплексом процедур мы сохранили «естественный внешний вид» пациента и однозначно его улучшили.

ОТЗЫВ ПАЦИЕНТА:

«Хочу поделиться своими субъективными ощущениями, которые я испытал от проделанной работы с врачом-косметологом. Это на самом деле не визит к стоматологу, процедуры безболезненные; есть, конечно, какой-то определенный дискомфорт, но в принципе это все терпимо. Самое интересное, что результат, который получается после проведенных процедур, он буквально виден на лице — сразу есть изменения. И при этом я получил внутреннее удовлетворение после проведенных процедур».

ОТЗЫВ ДОЧЕРИ ПАЦИЕНТА:

«Я часто сама хожу к косметологу и хочу, чтобы мои близкие люди тоже хорошо выглядели, поэтому я предложила своему папе сходить в клинику на консультацию к косметологу, чтобы задуматься о каких-либо процедурах. Поначалу у него были сомнения, он переживал больше всего за то, что будет больно. Но потом после разговора с доктором все сомнения пропали, он сделал первую процедуру. Все, насколько я знаю, прошло комфортно, оказалось не так страшно, и теперь папа будет заниматься улучшением своей внешности по плану, который наметил доктор. Я очень рада».



Фото. Пациент — мужчина 51 года. Левый столбец — до проведения процедур, правый — после их завершения

Человек всегда хотел и стремился не просто быть красивым, а побеждать время, оставаться молодым. Здесь таится не страх перед старостью, увяданием, а желание запечатлеть себя в настоящем, и это желание происходит из глубокой любви к себе. Быть красивым значит быть здоровым. За свое здоровье ответственен сам человек, но всегда были и есть те люди, которые превратили эту ответственность в свое ремесло, тем самым умножив его во много раз, что также требует большого мужества и, самое главное, любви. Любви и уважения к человеческому телу, человеческим желаниям.

В уме у людей сформировался стереотип, что большее беспокойство за свое здоровье и внешний вид имеют женщины. Но это не совсем так. Стремление быть здоровым — это признак зрелости. Поэтому мужчина, который идет к специалисту для проведения эстетической процедуры, достоин уважения. Не потому, что не боится боли или «что же там скажут окружающие», нет. А потому, что стремление такого мужчины быть здоровым есть проявление любви к себе.

Заключение

В проделанной работе нам удалось доказать тот факт, что эстетическая медицина — это естественность, красота, здоровье вне зависимости от пола, что косметология - надежный друг, помощник современного мужчины, который в любом возрасте хочет выглядеть ухоженно, уверенно, успешно, производить впечатление профессионала своего дела, которому хочется доверять. В современной эстетической медицине с каждым годом все больше методов, которые отличаются безболезненностью и естественностью результата. Соответственно, появилась положительная закономерность, которая заключается в увеличении пациентов мужского пола и это не может не радовать, потому что не только женская часть мира достойна быть вечно молодой и ухоженной, но и мужская, однозначно, тоже.

Сковородникова И.В.

Паралитический лагофтальм лицевого нерва различной этиологии и сопровождается двигательными расстройствами

Болезни нервной системы являются значимой медико-социальной проблемой. Именно движения мышц лица (мимика) отражают наши эмоции. Мимические выражения несут более 70% информации, т.е. лицо человека способно сказать больше, чем произнесенные им слова. Парез мимической мускулатуры вследствие поражения лицевого нерва у взрослых занимает первое место среди поражений черепных нервов. Распространенность нейропатии лицевого нерва составляет 20–45 случаев на 100 000 населения в возрасте от 15 до 60 лет.

Паралич лицевого нерва сопровождается двигательными расстройствами (нарушение смыкания век, мимики, речи и др.), выраженной асимметрией лица (опущение брови, угла рта и др.). Несмыкание глазной щели (лагофтальм) приводит к сухости глазной поверхности, трофическим нарушениям со стороны роговицы (кератопатия, кератит, эрозии и язвы роговицы), которые могут стать причиной значительного ухудшения зрения, вплоть до потери зрительных функций и даже глаза как органа.

Лагофтальм при параличе лицевого нерва проявляется неспособностью круговой мышцы глаза сокращаться и обеспечивать защиту переднего отрезка глаза, что служит показанием для хирургического лечения.

При лечении повреждений лицевого нерва целесообразно рассматривать как хирургические, так и консервативные подходы, включающие малотравматичные косметологические процедуры. Эстетическая коррекция также очень важна для социальной адаптации этих пациентов.

В последние годы в косметологии и пластической хирургии активно развиваются нитевые методики, направленные на лифтинг мягких тканей различных зон лица.

Нами предложен малотравматичный способ устранения паралитического лагофтальма, позволяющий обеспечить полное смыкание глазной щели.

Технической результат заключается в выборе прочной опоры для фиксации нити в виде апоневроза лобной мышцы, минимизации травмирования тканей орбиты и века, так как не требует прошивания наружной и внутренней канталевых связок, не требует госпитализации, проведения наркоза; минимизированы послеоперационный период и риск осложнений.

**Сковородникова
Инна Валерьевна**

Пластический
офтальмохирург, косметолог,
сертифицированный тренер
методов Aptos, председатель
ОО «Косметологи Алтайского
края», руководитель Skvclinic
(г. Барнаул)

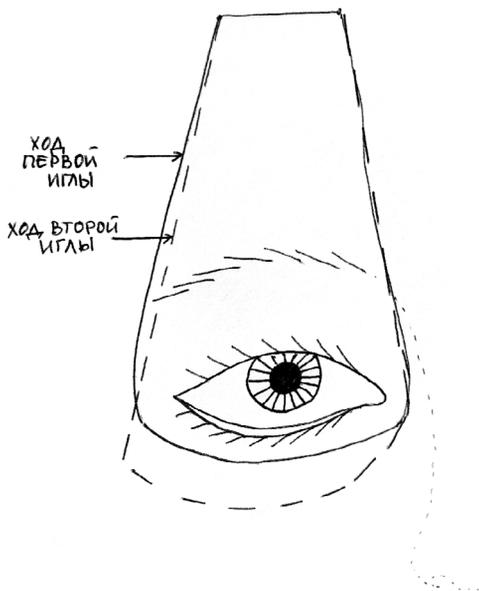


Рис. 1. Схематическое изображение хода первой и второй игл

Используют полипропиленовую нить метрического размера 3, длиной 600 мм, с насечками, которая напаяна на центральную часть двух атравматических обоюдоострых игл. Прокол осуществляется в области лобного апоневроза на стороне паралича лицевого нерва. Одна игла с нитью проходит сначала параллельно брови под апоневрозом для лучшей фиксации всей конструкции, затем под кожей лба, в глабеллярной области боковой поверхности носа, вдоль нижнего века на расстоянии 5 мм от ресничного края, щечно-скуловой, подвисочной областях и возвращается к исходной точке вкола. Вторая игла с нитью идет по встречной траектории — через скуловую зону, по границе круговой мышцы глаза — и возвращается к исходной точке (**рис. 1**).

Смещаем ткани по ходу нитей до устранения клинических проявлений лагофтальма, связываем нити несколькими узлами, отрезаем нити, погружаем узлы под кожу, после чего заклеиваем места проколов.

Нить выполняет опорную и фиксирующую функцию трансплантата. Первый проход нити обеспечивает прижимающий эффект хрящевой пластинки нижнего века к главному яблоку, а второй — поддерживает дистальную часть круговой мышцы глаза, создавая опору для ослабленного нижнего века.

Данный способ коррекции лагофтальма при параличе лицевого нерва обладает высокой эффективностью, так как наносится минимальная травма тканям орбиты и века, не требуется госпитализации, проведения наркоза; минимизированы послеоперационный период и риск осложнений.

Заявляемый способ прост в исполнении и его использование позволяет повысить органосберегающий, функциональный и эстетический эффекты.

По предложенному способу коррекции получен патент на изобретение (**рис. 2**).

Клинический случай 1

Пациент 69 лет, 15 лет назад перенес нейрохирургическую операцию по удалению опухоли слухового нерва, после чего отмечались выраженный лагофтальм, язва роговицы. С целью защиты глазного яблока 10 лет назад была выполнена полная тарзорафия (**рис. 3**).

Планируемое лечение:

- формирование глазной щели;
- нитевой лифтинг щечно-скуловой зоны;
- нитевая коррекция положения нижнего века способом двойной подвешивающей петли;
- ботулинотерапия на здоровой стороне.



Рис. 2. Патент на изобретение № 2579351. Способ коррекции лагофтальма при хроническом параличе лицевого нерва. Автор: Сковородникова И.В.

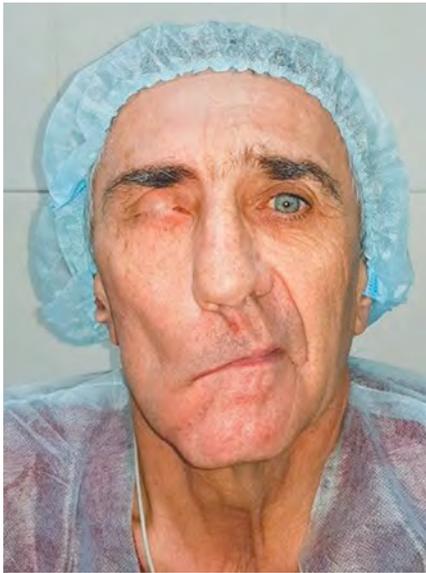


Рис. 3. Пациент 69 лет. Выраженный лагофтальм, язва роговицы. Состояние после полной тарзорафии



Рис. 4. Первый этап коррекции: формирование глазной щели и постановка нерассасывающейся нити в щечно-скуловую зону

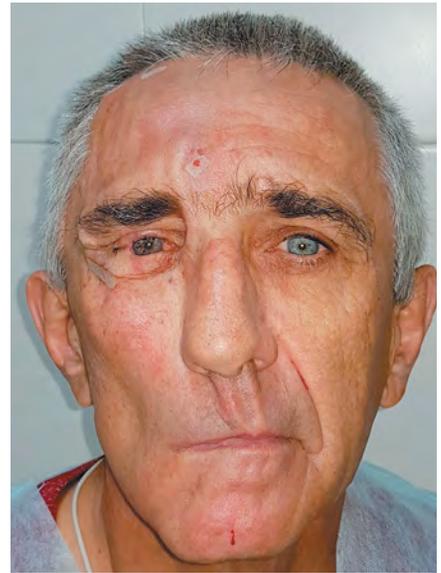


Рис. 5. Второй этап коррекции: устранение лагофтальма методом двойной подвешивающей петли

Первый этап: формирование глазной щели с целью улучшить зрительные функции, вернуть пациенту бинокулярное зрение; постановка нерассасывающейся нити в щечно-скуловую зону с целью поднять птозированные ткани щечной области (**рис. 4**).

Второй этап: двойная подвешивающая петля (**рис. 5**).

Прокол осуществляется на границе лобной и височной зон в области сухожильного апоневроза черепа.

Одна игла с нитью проходит под кожей лба, в глабеллярной области боковой поверхности носа, щечно-скуловой, подвисочной областях и возвращается к исходной точке вкола.

Вторая игла с нитью идет по встречной траектории — через скуловую зону — и возвращается к исходной точке.

Смещаем ткани по ходу нитей до устранения клинических проявлений лагофтальма, связываем нити несколькими узлами, отрезаем нити, погружаем узлы под кожу, после чего заклеиваем места проколов.

Перемещение и натяжение нижней порции круговой мышцы глаза обеспечивает нижнему веку максимальную поддержку.

При вертикальном натяжении мягких тканей жировая клетчатка верхнечелюстной области смещается вверх, дополнительно перекрывая зону нижнего края орбиты.

Результат коррекции спустя 6 мес — лагофтальм устранен, нижнее веко прилежит к главному яблоку (**рис. 6**).



Рис. 6. Фото пациента с лагофтальмом: слева — до начала коррекции, справа — через 6 мес



Рис. 7. Пациентка 62 лет с паралитическим лагофталмом справа



Рис. 8. Первый этап коррекции: лифтинг брови и создание вертикальной тракции нижнего века справа методом двойной подвешивающей петли

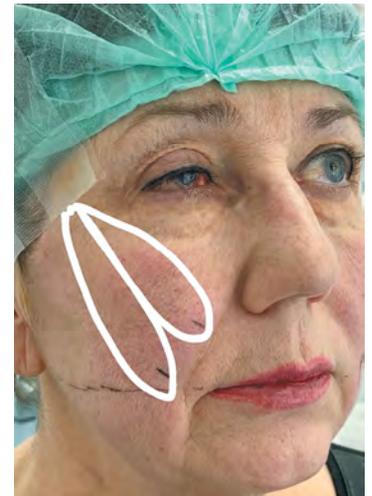


Рис. 9. Фото пациентки с наложением схемы нитевого лифтинга щечно-скуловой зоны

Клинический случай 2

Пациентка 62 лет, год назад перенесла нейрохирургическую операцию по удалению опухоли слухового нерва, 6 мес назад — язва роговицы с перфорацией, лечение в стационаре, на момент проведения процедур стойкое помутнение роговицы, птоз верхнего века.

Диагноз: паралитический лагофтальм справа (рис. 7).

Планируемое лечение:

- ботулинотерапия на здоровой левой стороне;
- двойная подвешивающая петля с целью лифтинга брови и создания вертикальной тракции нижнего века справа;
- хирургическая коррекция избытков кожи верхнего века справа;
- нитевая коррекция щечно-скуловой зоны справа.



Рис. 10. Фото пациентки с паралитическим лагофталмом: слева — до начала коррекции, справа — через 6 мес

Первый этап: двойная подвешивающая петля (рис. 8).

Второй этап: нитевой лифтинг щечно-скуловой зоны (рис. 9).

Результат коррекции спустя 6 мес — симметричное положение бровей, устранение лагофтальма, нижнее веко прилежит к главному яблоку, симметричное расположение носогубных складок и губ в покое (рис. 10).



Рис. 11. Пациент 67 лет с опущением тканей правой половины лица и выворотом нижнего века справа



Рис. 12. Первый этап коррекции



Рис. 13. Второй этап коррекции

Клинический случай 3

Пациент 67 лет, на протяжении последних 25 лет отмечает постепенное опущение тканей правой половины лица и выворот нижнего века справа (рис. 11).

Планируемое лечение:

- методика двойной подвешивающей петли на скуловую зону и область нижнего века;
- хирургическая коррекция положения нижнего века LTS;
- нитевая фиксация кожно-мышечной пластинки к медиальной связке век;
- открытый броулифтинг.

Первый этап: двойная подвешивающая петля (рис. 12).

Второй этап: LTS, нитевая фиксация кожно-мышечной пластинки к медиальной связке век, открытый броулифтинг (рис. 13).

Результаты коррекции спустя 6 мес — лагофтальм устранен, более симметричное положение бровей (рис. 14).

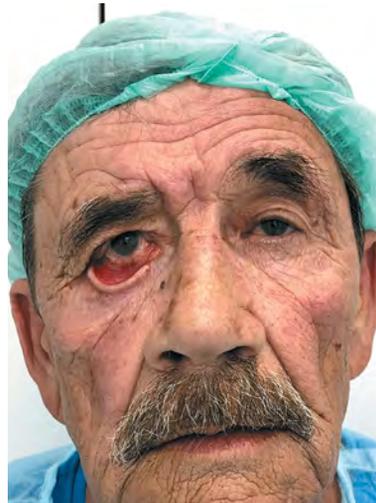


Рис. 14. Фото пациента: слева — до начала коррекции, справа — через 6 мес



Рис. 15. Пациентка 74 лет с паралитическим лагофталмом слева

Клинический случай 4

Пациентка 74 лет, 40 лет назад перенесла травму головы, связанную с нападением медведя. С тех пор парез лицевого нерва слева. 10 лет назад были выполнены верхняя блефаропластика и хирургическая коррекция положения нижних век.

Диагноз: паралитический лагофталм слева (рис. 15).

Планируемое лечение:

- ботулинотерапия;
- открытый хирургический лифтинг бровей;
- нитевая коррекция щечно-скуловой зоны;
- контурная пластика щечной зоны, области носогубных складок, губ;
- перманентный макияж бровей.

Результаты спустя год после лечения — уменьшение асимметрии положения бровей, щечно-скуловой зоны, области носогубных складок и губ в покое (рис. 16).



Рис. 16. Фото пациентки: слева — до начала коррекции, справа — через 1 год

Выводы

- Комплексный подход в эстетической и функциональной реабилитации пациентов с изменением положения нижних век на фоне пареза лицевого нерва дает выраженные результаты.
- Нитевая коррекция позволяет малотравматичным способом добиться коррекции положения век, гравитационных атонических изменений верхней и средней и нижней третей лица.
- Коррекция лагофталма при параличе лицевого нерва способом двойной подвешивающей петли обладает высокой эффективностью, так как наносится минимальная травма тканям орбиты и века, не требуется госпитализации, проведения наркоза; минимизированы послеоперационный период и риск осложнений.

Солошенко Д.А.

Контурная пластика губ у мужчин. Как новаторский подход к «мужской косметологии» помогает поверить в себя, не теряя мужественности

Все, что содержит человеческое естество, вложено в его уста. Они выражают разум и безумие, силу и слабость, деликатность и грубость. Они представляют резиденцию любви и ненависти, искренности и лицемерия, смирения и гордости, истины и лжи.

Иоганн Каспар Лафатер

Губы считаются ключевым элементом привлекательности лица из-за их центрального положения на лице и их основной роли в вербальном и невербальном общении [1].

Филлеры с гиалуроновой кислотой широко используются для коррекции губ у женщин, но очень немногие мужчины обращаются за этой процедурой из-за страха феминизации губ. Опубликовано очень мало сообщений о случаях коррекции губ с использованием филлеров у мужчин [2].

У мужчин филлер с гиалуроновой кислотой является простым и эффективным способом коррекции формы и структуры губ, который значительно улучшает внешний вид лица. Это оказывает огромное влияние на улыбку человека, его общение и уверенность в себе. Лечение дермальным наполнителем для губ у мужчин должно поддерживаться, и люди должны быть проинформированы о заблуждениях, связанных с этой процедурой [2].

Для предотвращения осложнений от процедуры коррекции губ у мужчин требуется глубокое понимание анатомии наряду с правильной техникой введения [1].

Себастьян Котофана в 2021 г. провел исследование с помощью ультразвукового сканирования с применением доплеровской диагностики и получил следующие результаты. Средний диаметр верхней губной артерии у мужчин составляет $0,87 \pm 0,17$ мм, тогда как у женщин — $0,85 \pm 0,22$ мм ($P = 0,524$). Средний диаметр нижней губной артерии у мужчин составил $0,83 \pm 0,16$ мм, тогда как у женщин он составил $0,79 \pm 0,16$ мм ($P = 0,157$) [1]. Из этих данных следует, что больший диаметр артерии увеличивает риски интраваскулярного введения

**Солошенко
Дарья Анатольевна**

Главный врач клиники инновационной аппаратной косметологии «Эстелика», Ставрополь

Врач-дерматовенеролог, врач-косметолог

Член российского общества дерматовенерологов и косметологов

Член межрегиональной общественной организации специалистов ботулинотерапии

препарата, это необходимо иметь в виду при выборе инструмента и техники введения наполнителя.

Ануприя Гоэль в своей статье «Мужской наполнитель для губ — эстетическое улучшение не ограничивается только женщинами: отчет о случае» публикует: «У мужчин следует соблюдать осторожность, чтобы избежать усиления лука Купидона и красной каймы губ, чтобы не допустить феминизации губ» [2]. Следовательно, необходимо выбирать техники, сохраняющие или восстанавливающие естественный изгиб губ.

В атласе «Губы. Формы и старение» Елена Ивановна Губанова пишет о том, что старение губ начинается после 25 лет. Особое влияние на старение губ оказывают активность мимической и жевательной мускулатуры, сохранность или отсутствие зубов, особенности артикуляции [3]. С учетом этих данных перед процедурой контурной пластики губ у мужчин необходимо оценить состояние зубочелюстной системы, а также род деятельности пациента, чтобы верно определить объем и технику вводимого препарата.

Принимая во внимание эти данные, опираясь на основы анатомии и физиологии, мною выполнена процедура контурной пластики губ мужчинам разных возрастов, которые никогда не делали никаких косметологических процедур, чтобы наглядно оценить, как всего одна процедура может значительно улучшить внешний вид.

Случай 1

Мужчина.

Возраст: 62 года.

Жалобы: выраженный дефицит объема губ, опущение уголков рта, что создает грустный вид.

Медицинский анамнез: без особенностей.

Косметологический анамнез: никаких косметологических процедур никогда ранее не было проведено.

Диагноз: Z41.8 Другие процедуры, не имеющие лечебных целей.

Этапы процедуры:

- 1) сбор анамнеза, фотографирование пациента, подписание информированного добровольного согласия;
- 2) качественная обработка губ наружным антисептиком;
- 3) аппликационная анестезия кремом с лидокаином и прилокаином, экспозиция 30 мин;
- 4) коррекция губ.

Техника: веерная, вертикальных вколов.

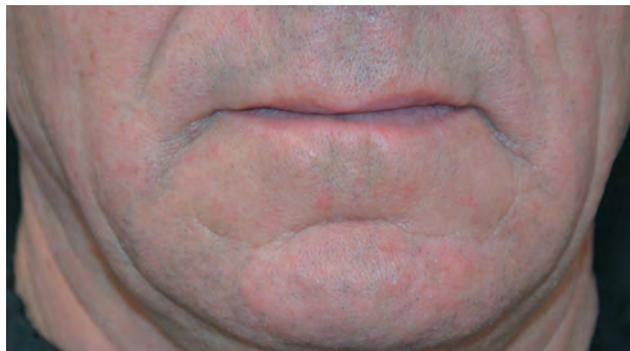
Инструмент: игла 27G × 13 мм.

Препарат: имплантат для внутридермального введения с лидокаином «В» — 1 мл, концентрация гиалуроновой кислоты — 25 мг/мл, G' — 180–280.

Оценка полученных результатов представлена в **табл. 1**.

Таблица 1. Оценка полученных результатов (случай 1)

До



Сразу после



Спустя 14 дней



Заключение: уменьшение выраженного дефицита объема губ с сохранением гендерной принадлежности и, как следствие, улучшение общей привлекательности

Случай 2

Мужчина.

Возраст: 49 лет.

Жалобы: потеря объема и асимметрия верхней и нижней губ.

Медицинский анамнез: без особенностей.

Косметологический анамнез: никаких косметологических процедур никогда ранее не было проведено.

Диагноз: Z41.8 Другие процедуры, не имеющие лечебных целей.

Этапы процедуры:

- 1) сбор анамнеза, фотографирование пациента и подписание информированного добровольного согласия;
- 2) качественная обработка губ наружным антисептиком;
- 3) аппликационная анестезия кремом с лидокаином и прилокаином, экспозиция 30 мин;
- 4) коррекция губ.

Техника: веерная.

Инструмент: игла 27G × 13 мм.

Препарат: имплантат для внутридермального введения с лидокаином «А» — 1,2 мл, концентрация гиалуроновой кислоты — 25 мг/мл, G' — 120–200.

Оценка полученных результатов представлена в **табл. 2**.

Случай 3

Мужчина.

Возраст: 19 лет.

Жалобы: на асимметрию и выраженную сухость губ.

Медицинский анамнез: без особенностей.

Косметологический анамнез: никаких косметологических процедур никогда ранее не было проведено.

Диагноз: Z41.8 Другие процедуры, не имеющие лечебных целей.

Этапы процедуры:

- 1) сбор анамнеза, фотографирование пациента и подписание информированного добровольного согласия;
- 2) качественная обработка губ наружным антисептиком;
- 3) аппликационная анестезия кремом с лидокаином и прилокаином, экспозиция 30 мин;
- 4) коррекция губ.

Техника: веерная.

Инструмент: канюля 22G × 5 см.

Препарат: имплантат для внутридермального введения с лидокаином «С» — 1 мл, концентрация ГК — 20 мг/мл, G' — 50–100.

Оценка полученных результатов представлена в **табл. 3**.

Таблица 2. Оценка полученных результатов (случай 2)

До



Сразу после

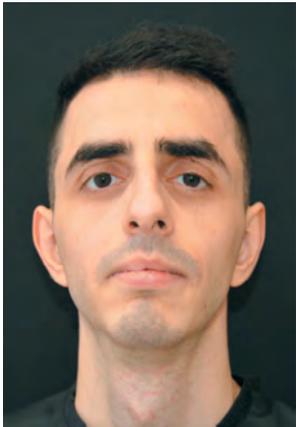
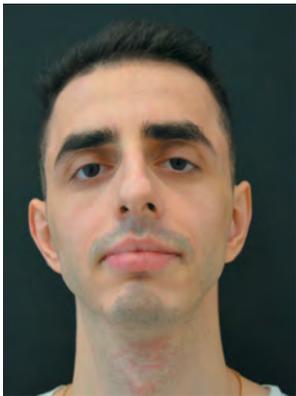


Спустя 14 дней



Заключение: гармонизация губ, восполнение объема, улучшение внешнего вида и эстетического восприятия лица в целом

Таблица 3. Оценка полученных результатов (случай 3)

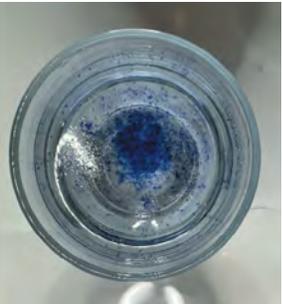
До	
	
Сразу после	
	
Спустя 14 дней	
	
Заключение: уменьшение выраженности сухости губ, уменьшение асимметрии, улучшение внешнего вида	

Применив в своей работе препараты с различными реологическими свойствами, необходимыми в каждом конкретном случае, я получила естественный и предсказуемый результат, превосходную интеграцию препаратов, отсутствие миграции их в тканях.

Я смоделировала эксперимент с окраской препаратов (А, В, С) толуидиновым синим (табл. 4), результаты оценивались согласно валидированной шкале когезивности Gavard – Sundaram для филлеров на основе гиалуроновой кислоты [4] (рис. 1).

Выводы: препараты А, В, С — преимущественно дисперсионные и низкокогезивные, что обеспечило легкое моделирование и равномерное распределение имплантатов (А, В, С) в такой деликатной зоне, как губы.

Таблица 4. Эксперимент с окраской препаратов (А, В, С) толуидиновым синим

Препарат А	Препарат В	Препарат С
		
		

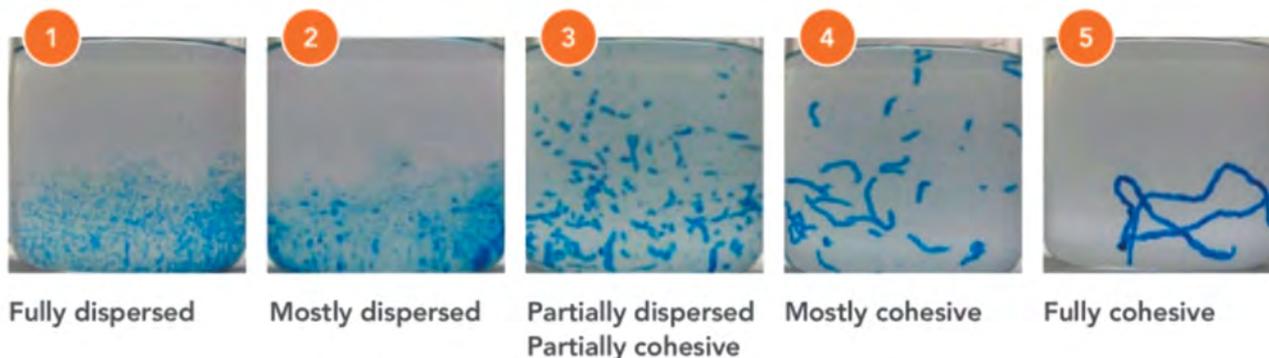


Рис. 1. Валидированная шкала когезивности Gavard – Sundaram для филлеров на основе гиалуроновой кислоты [4]

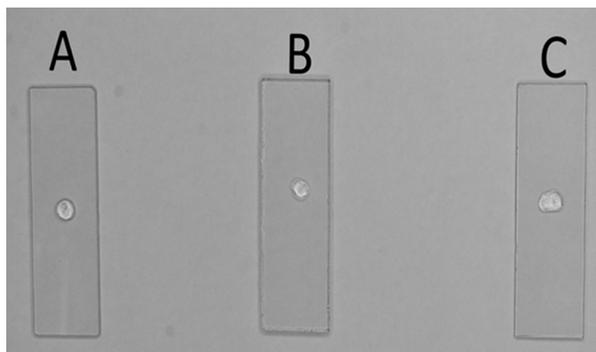


Рис. 2. Тест с бовгиалуронидаза азоксимером. Препараты для контурной пластики губ у мужчин (А, В, С) до добавления бовгиалуронидазы азоксимера

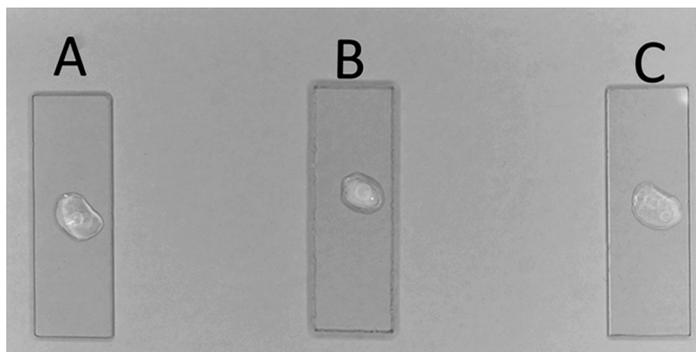


Рис. 3. Тест с бовгиалуронидаза азоксимером. Препараты для контурной пластики губ у мужчин (А, В, С) спустя 10 мин после добавления 300 единиц бовгиалуронидазы азоксимера

Приоритетом работы врача-косметолога является безопасность. Принимая во внимание существующий риск сосудистых осложнений, во время процедур контурной пластики врачу-косметологу необходимо иметь возможность деградации имплантатов на основе гиалуроновой кислоты.

С используемыми в работе препаратами для контурной пластики губ у мужчин (А, В, С) был проведен тест с бовгиалуронидаза азоксимером. При добавлении к 0,2 мл препаратов (**рис. 2**) 300 единиц бовгиалуронидазы азоксимера спустя 10 мин была получена деградация (**рис. 3**), что демонстрирует высокий профиль безопасности используемых препаратов.

Эстетическое улучшение губ свойственно не только женщинам. Коррекция губ у мужчин может улучшить их привлекательность и сделать более счастливыми и менее уставшими [2]. Очевидно, пришло время шире освещать и делать более привычными такие процедуры, как контурная пластика губ, среди мужчин. Важно доносить до пациентов информацию о том, насколько данная процедура может улучшить качество их жизни.

Литература

1. **Cotofana S., Alfertshofer M., Schenck T.L., et al.** Anatomy of the Superior and Inferior Labial Arteries Revised: An Ultrasound Investigation and Implication for Lip Volumization. *Aesthet Surg J* 2020;40(12):1327–1335.
2. **Goel A., Rai K.** Male lip filler — Aesthetic enhancement is not just limited to females: A case report. *J Cosmet Dermatol* 2021;20(10):3173–3176.
3. **Губанова Е.И.** Губы. Формы и старение. Эстетический атлас. 2009.
4. **Sundaram H., Rohrich R.J., Liew S., et al.** Cohesivity of Hyaluronic Acid Fillers: Development and Clinical Implications of a Novel Assay, Pilot Validation with a Five-Point Grading Scale, and Evaluation of Six U.S. Food and Drug Administration-Approved Fillers. *Plast Reconstr Surg* 2015;136(4):678–686.

Яровая Н.П.

Рубцовые деформации с инклюзией асфальта

За любой травмой всегда следует боль.

Вы не знаете, какая судьба, боль и сила стоит за шрамом, который пациент носит на себе.

Вы не знаете, что скрывают эти ткани. Вы не знаете, какую реакцию они выдают на повреждение, как будут реабилитировать. Это всегда путь пациента, где врач его сопровождает.

Актуальность проблемы

Лицо человека является предметом исследований во многих сферах науки, медицины и искусства. Оно связано с осознанием себя как личности, играет важную роль в общении, а также как в личной, так и в профессиональной и социальной жизни человека. Восприятие человеком собственного лица тесно связано с формированием образа «Я», имеет решающее значение для чувства идентичности и поддержания целостного самоощущения (Arnheim R. 1954; Барабанщиков В.А., 2009; Барабанщиков В.А., Демидов А.А., 2012). Неудовлетворенность собственной внешностью может оказывать влияние на психологический статус, поведение и межличностные отношения (Незнанов Н.Г., 2015; Rumsey N. 2005).

Вопросы важности привлекательности, успешности, веры в себя все чаще и чаще поднимаются не только в косметологии, но и в психофизиологии, социальной психологии.

Внешность человека играет гораздо большую роль в его общественной жизни, чем принято думать. Проведенный Peterson и Palmer анализ показал, что среди политиков внешняя привлекательность оказывается фактором большей успешности и влияния на публику, в том числе на избирателей, по сравнению с менее красивыми конкурентами. В конкуренции за привлекательные рабочие места лысые мужчины оказываются аутсайдерами. Люди с красивой внешностью, как правило, оказываются более успешными, поскольку считается, что их красота, особенно женщин, неосознанно ассоциируется с положительными личностными характеристиками: интеллигентностью, надежностью, профессиональной компетентностью и высокой работоспособностью (Багненко Е.С., 2021).

Привлекательная внешность при оценке внешности респондентами помогает вызывать больше доверия, и, напротив, люди с дефектами или некрасивыми

**Яровая
Наталья Павловна**

Врач косметолог,
клинический психолог,
ведущий специалист клиники
«Скандинавия», Санкт-
Петербург

Аспирант кафедры общей
и клинической психологии
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

лицами расцениваются как отрицательные или с отрицательными чертами характера.

А что делать, если травма лица получена в детстве? Ребенок будет формировать свою личность и лицо с изменениями, что повлияет на выбор профессии, поиск партнера и общее качество жизни.

Утрата привлекательности или изъяны на лице в виде грубых рубцовых изменений после травм, ожогов являются причиной хронического стрессового состояния и фактором риска психической дезадаптации, особенно социальной.

В последние десятилетия появляются работы, показывающие взаимосвязь психологического состояния пациента и дефектов кожи лица, являющихся предиктором невротических расстройств и причиной хронического стрессового состояния (Караваева Т.А., 2018; Куликов Л.В., 2008). В дерматовенерологии проводился ряд исследований, показывающих влияние дерматозов лица на качество жизни пациентов (Дробижев М.Ю., 2000; Зайцева О.Г., 2000; Слостенина В.В., 2007; Rankin M., et al., 1998). Имеются единичные клинические работы, направленные на изучение психологического статуса пациентов, демонстрирующие важность эстетической коррекции в жизни пациента (Багненко Е.С., 2021). В частности, была выявлена положительная динамика изменения качества жизни пациентов после оказания косметологической помощи (Багненко Е.С., 2012, 2021). Доказана также положительная роль оказания косметологической помощи пациентам в восстановлении психологического состояния личности и качества жизни (Васильева А.В., 2020; Balkrishnan R., 2006; Sadick N.S., 2008).

Цель настоящей работы — показать комплексную работу с пациенткой с рубцовыми изменениями на лице, качественную и сочетанную реабилитацию, а также объективизировать собственный взгляд пациентки на саму себя.

Протокол терапии, обоснование применения методик для решения задачи

Пациентка С., 22 года.

Жалобы: на рубцовые изменения в области лица, существующие более 13 лет, субъективно беспокоят натяжением тканей.

Рубцы на лице после ДТП в 9 лет.

Аутодермопластика кожи с области плеча и паховой области.

Обращалась неоднократно к косметологам для коррекции рубцов и работы с импрегнацией тканей кусочками асфальта. Получала отказ по причине инородного тела в тканях (асфальта и земли) и непрогнозируемого течения реабилитации в периорбитальной зоне. Также было общение с врачами, которые убеждали, что рубцы будут еще больше.

Соматически здорова.

Данные по анализам: дефицитные состояния компенсированы. Пациентка бросила курить, проведена беседа об ухудшении реабилитации после лазерного воздействия и спазма прекапилляров.

ПЛАН ТЕРАПИИ

- Первичная консультация.
- Сбор анамнеза.
- Фотопротоколирование рубцов.
- Психологическое тестирование и айтрекинг с целью протоколирования исходных данных и восприятия собственного лица.
- Подписание информированного добровольного согласия.

В ходе проекта за 3 мес проведены следующие процедуры.

- Комбинированная шлифовка на платформе Sciton (ProFraction III) с обязательной реабилитацией мультифакторной косметикой — 6 аппликаций.
- Комбинированная фототерапия BBL на платформе Sciton — 10 процедур.
Работа осуществлялась на нескольких уровнях:
 - 515 нм — удаление пигментных пятен;
 - 560 нм — удаление сосудистых патологий поверхностного залегания;
 - 590 нм — удаление глубокой сосудистой патологии;
 - 695 нм — инфракрасный термолифтинг в подвижном режиме.
- Омоложение на аппарате ClearV.
- Терапия на пикосекундном лазере PicoWay (Candela) — 3 процедуры.
- Процедуры для улучшения качества тканей рубца (Коллост 7%, Сферогель медиум) между повреждающими процедурами.
- Шлифовка на гибридном лазере HALO платформы Sciton, реабилитация на мультифакторной косметике.
- Ботулинотерапия в районе работы с рубцом препаратом Ксеомин.
- Выстроены базовый уход за кожей и ежедневная рутинная процедура, которая стала приносить удовольствие.
- Фоторегистрация, регистрация взгляда при помощи окулографии и айтрекинга.
- Краткосрочная когнитивно-поведенческая психотерапия, арт-терапия при участии команды (фотографов и визажистов).

ПРЕПАРАТЫ И МЕТОДЫ (НАЗВАНИЯ, ДОЗИРОВКИ, ПЕРИОДИЧНОСТЬ)

- Локальное введение внутрирубцово Дипроспан (бетаметазон) 0,5 мл.
- Коллост 7% 1,5 мл с периодичностью 1 мес.
- Сферогель медиум 0,5 мл для улучшения трофики тканей однократно.
- Инфузионная терапия Реамберин — 5 процедур после пикосекундных воздействий и шлифовок с целью детоксикации.

ОЦЕНКА ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

После комплекса проведенных процедур изменились рельеф, плотность и эластичность рубца и лоскута после аутодермопластики, проведенной в 2009 г.

Психологическое состояние, качество жизни, ценностно-смысловые ориентиры улучшились разительно. Пациентка устроилась на работу в операционный блок и готовится к поступлению в медицинский (давняя мечта), а также

Рисунок. Пациентка С., 22 года. Состояние до лечения (слева) и после проведения 3-месячного курса терапии (справа)



в магистратуру в Московский институт психоанализа по специальности «клиническая психология».

При исследовании методом айтрекинга пациентка стала смотреть на свое лицо комплексно, перестала фиксироваться на грубых рубцовых деформациях.

Фото пациентки С до терапии и после проведения процедур представлены на **рисунке**.

ПЛАН НА БУДУЩЕЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ

- Терапию продолжить по намеченному алгоритму.
- Шлифовки с периодичностью 1–2 раза в год для выравнивания рельефа и улучшения цветности тканей.
- Продолжить работу на социальную адаптацию, сочетанная косметологическая и психологическая коррекция.

Заключение и выводы

Работа в косметологии очень разнообразна. В отрасли много методик — от инъекционных до широкого спектра аппаратных. Крайне важно при работе с пациентом оценивать состояние тканей, реабилитационные резервы, а также психологический статус (мотивацию пациента, травматичный опыт).

В результате сочетанного применения методов коррекции дно рубцов приподнялось, края сгладились, цвет лоскутов аутодермопластики изменился, ткани стали более подвижными, более мягкими и менее выраженными.

Благодаря нашей совместной работе в пределах проекта «Доктор Стар» мы не только подарили пациентке надежду, что можно улучшить качество рубца (хотя многие врачи отказывали в терапии из-за асфальта в коже), но и поменяли ее взгляд на саму себя. Благодаря этому она вступили на путь реализации мечты детства.

**Избранные материалы
участников конкурса
«ДОКТОР СТАР 2024»**

Дурандина В.Е.

Статистическо-диагностический анализ времени образования нового коллагена у пациентов разных возрастных групп после нитевого лифтинга с использованием аппарата ультразвуковой диагностики

Цель работы — наглядно с помощью ультразвуковой (УЗ) диагностики показать мягкие ткани лица до имплантации нитей, сразу после имплантации и через какой промежуток времени у каждой группы пациентов формируется новый коллаген, видимый аппаратом УЗИ, а также убедиться в возможности безопасного и комфортного повторного проведения процедуры нитевой имплантации через определенный промежуток времени.

В статье будет наглядно продемонстрировано, что данная методика эффективна не только для перемещения тканей, но и для улучшения качественных характеристик кожи в отдаленном периоде. Полимолочная кислота, входящая в состав нитей, стимулирует выработку коллагена I и III типов, что позволяет менять структуру мягких тканей лица на клеточном уровне. Гистологически такие изменения (согласно исследованиям) видны раньше, чем на УЗ-аппарате.

Ключевые слова: нитевой лифтинг, коллаген, ультразвуковая диагностика

**Дурандина
Валерия Евгеньевна**

Врач-косметолог,
дерматовенеролог «Клиники
эстетической косметологии
доктора Абрамова»,
медицинский советник
АО «НПО» «Микроген»,
медицинский советник
Solopharm, Екатеринбург

Введение

Большую роль в процессе синтеза коллагена играют возраст пациента, его образ жизни, дефицитные состояния, ранее проведенные процедуры, а также генетика. Особенно важной является подготовка пациента к любым процедурам, направленным на синтез нового коллагена. Фибробласты, играющие главенствующую роль в данном процессе, очень чувствительны к изменениям межклеточного матрикса. Поэтому для развития хорошей ответной реакции тканей на стимулирующие методики пациента нужно подготавливать инъекционно (биоревитализантами на основе гиалуроновой кислоты, коллагенсодержащими препаратами), биологически активными добавками с коллагеном.



Рис. 1. Категории пациентов

Идеальным вариантом являются заранее проведенный чек-ап организма пациента и генетическое тестирование.

Цель данной работы — наглядно с помощью ультразвуковой (УЗ) диагностики показать мягкие ткани лица до имплантации нитей, сразу после имплантации (а именно уровень залегания) и через какой промежуток времени у каждой группы пациентов формируется новый коллаген, видимый аппаратом УЗИ. А также убедиться в возможности безопасного и комфортного повторного проведения процедуры нитевой имплантации через определенный промежуток времени.

Для исследования были отобраны 47 пациентов в возрасте от 28 до 60 лет, которым в разное время в течение 2023 г. были имплантированы рассасывающиеся нити из сополимера L-лактида с ϵ -капролактоном. Эти пациенты разделены на две группы, учитывая теорию поколений: 44–60 лет — X, 28–43 года — Y.

Все пациенты предъявляли общие жалобы на различную степень проявления гравитационногоптоза в области средней и нижней трети лица. Все участники были обследованы на аппарате УЗИ Mindray M9T до имплантации нитей для оценки состояния тканей, сразу после имплантации и через 14–60–90–120–180 и некоторые 300 дней после. Небольшой процент участвующих на повторное УЗ-сканирование не явился (около 11%). Категории пациентов представлены на **рис. 1**.

У всех обследуемых мы выявили одинаковую закономерность: через 14 дней после имплантации нитей в зоне воздействия виднелся перифокальный отек. Спустя 60 дней у пациентов поколения Y уже были видны первые проявления фиброза, в то время как у пациентов поколения X в области имплантации мы видим только визуализацию нитей — глубокий уровень подкожно-жировой клетчатки (ПЖК). Спустя 90 дней небольшой начинающийся фиброз виднелся уже и у пациентов поколения X, преимущественно в точках доступа, где локализуется большее количество нитей. Через 120 дней визуализировались и фиброз, и нити, а через 300 дней нити уже не визуализировались.

Для публикации мы отобрали двух самых показательных пациентов: из поколения X и Y с разной степенью визуализации имплантированных нитей и фиброза на УЗИ спустя 14–60–90–120–300 дней после процедуры.



Рис. 2. Пациентка Ю., 33 года: фото до и сразу после имплантации нитей из сополимера L-лактида с ϵ -капролактоном (сентябрь 2023 г.)

Пациент № 1

Пациентка Ю., 33 года (**рис. 2**).

Предъявляет жалобы: на опущение средней и нижней третей лица, появление небольших брылей и усугубление «морщин марионетки», снижение качественных характеристик кожи.

Врача-косметолога посещает с 26 лет, проводит процедуры регулярно, последнее посещение в 2023 г.

Кожа физиологической окраски, нормальная, тургор и тонус в норме. Усталый морфотип старения. II фототип. Мимические морщины в верхней трети лица. Гравитационный птоз 2-й степени.

Диагноз: Гравитационный птоз 2-й степени. Мимические морщины.

4 сентября 2023 г. пациентке были имплантированы нити из сополимера L-лактида с ϵ -капролактоном в область средней трети лица. Доступ — с середины линии, проведенной от наружного угла глаза до козелка.

В этот же день **до процедуры (рис. 3)** было проведено УЗ-сканирование мягких тканей средней и нижней третей лица для оценки их состояния: сосочковый слой в виде полосы пониженной эхогенности, сетчатый слой в виде полосы повышенной эхогенности; ниже визуализируется ПЖК в виде гипозоногенного умеренно неоднородного слоя с тонкими гиперэхогенными прослойками — это соединительнотканые тяжи; поверхностная мышечно-апоневротическая система (SMAS) располагается на глубине 4–5 мм от поверхности кожи в виде неоднородной полосы повышенной эхогенности, толщина — до 1 мм; зоны фиброза отсутствуют.

Сразу после имплантации (рис. 4): субдермально и частично по границе SMAS визуализируются нити в виде точечных гиперэхогенных включений толщиной до 0,3 мм с акустической тенью.

Сканирование через 60 дней (рис. 5): субдермально и частично по границе SMAS визуализируются нити в виде гиперэхогенных точечных включений

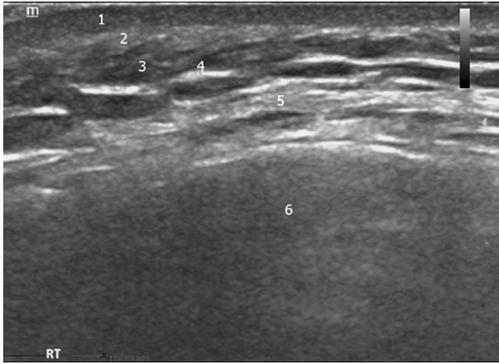


Рис. 3. Контрольный снимок до имплантации нитей (04.09.2023)

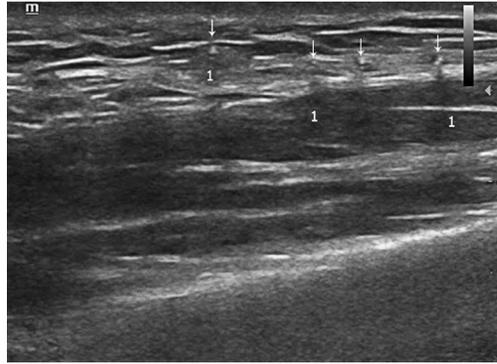


Рис. 4. Снимок сразу после имплантации нитей (04.09.2023)

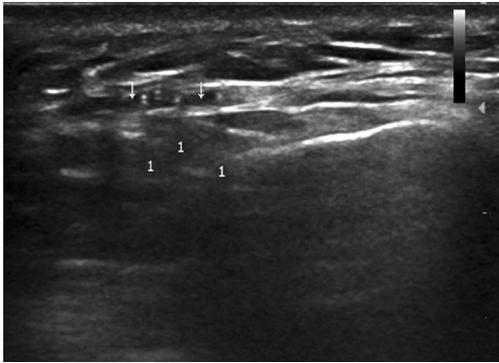


Рис. 5. Визуализация нитей и начинающийся фиброз через 60 дней после имплантации (12.11.2023)

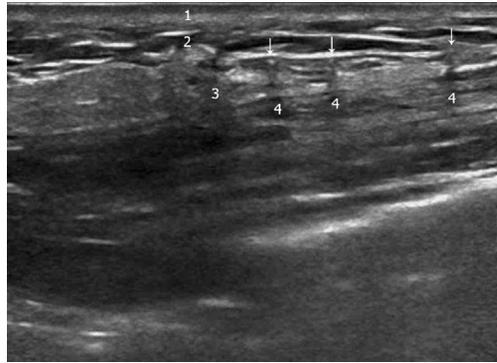


Рис. 6. Визуализация нитей спустя 120 дней (14.01.2024)

размером до 0,3 мм с акустической тенью; в зоне максимальной локализации нитей (точки доступа) признаки начинающегося фиброза в виде гиперэхогенных очагов без четких границ вокруг имплантированных нитей.

Сканирование через 120 дней: субдермальная визуализация нитей (рис. 6) из поперечной плоскости сканирования в виде гиперэхогенных точечных включений размерами до 0,2 мм с акустической тенью; зоны фиброза (рис. 7) лоцируются в виде участков повышенной эхогенности без четких границ вокруг зон имплантации нитей.

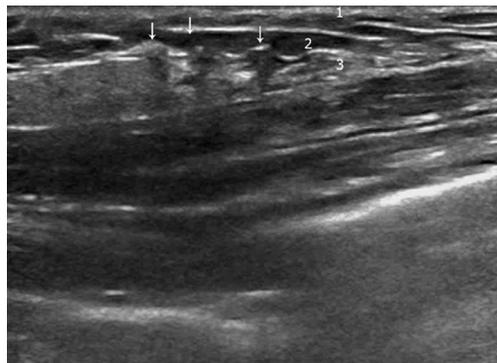


Рис. 7. Фиброз вокруг имплантированных нитей в виде участков повышенной эхогенности без четких границ (14.01.2024)



Рис. 8. Пациентка Е., 56 лет: фото до и сразу после имплантации нитей из сополимера L-лактида с ϵ -капролактоном (март 2023)

Пациент № 2

Пациентка Е., 56 лет (рис. 8).

Предъявляет жалобы: на опущение средней и нижней трети лица, появление брылей, усугубление носогубных складок и «морщин марионетки», преимущественно с правой стороны, на снижение качественных характеристик кожи.

Врача-косметолога посещает впервые. Обратилась для коррекции состояния тканей вследствие пареза лицевого нерва с правой стороны (с 2001 г.).

Кожа физиологической окраски, сухая, тургор и тонус снижены. Усталый морфотип старения. II фототип. Диффузные участки купероза и гиперпигментации в области щек, лба и носа. Мимические и статические морщины во всех третях лица. Гравитационный птоз 3-й степени.

Диагноз: Гравитационный птоз 3-й степени. Мимические морщины. Сухость кожи. Нарушение пигментации. Купероз. Парез лицевого нерва справа.

6 марта 2023 г. пациентке были имплантированы нити из сополимера L-лактида с ϵ -капролактоном в область средней трети и нижней трети лица. Два доступа: первый — с середины линии, проведенной от наружного угла глаза до козелка; второй доступ — предкозелковая ямка (1 см вперед от верхушки козелка). В этот же день **до процедуры (рис. 9)** было проведено УЗ-сканирование средней и нижней третей лица для оценки состояния тканей: сосочковый слой дермы в виде полосы пониженной эхогенности, сетчатый слой в виде полосы повышенной эхогенности; ниже визуализируется ПЖК в виде гипозоногенного умеренно неоднородного слоя с тонкими гиперэхогенными прослойками; SMAS располагается на глубине 3,5–4 мм от поверхности кожи в виде неоднородной полосы повышенной эхогенности толщиной до 1 мм.

Сканирование через 14 дней (рис. 10): субдермально визуализируются нити в виде точечных гиперэхогенных включений толщиной до 0,3 мм с акустической тенью и минимальной перифокальной реакцией в виде гипозоногенного ободочка вокруг нитей.

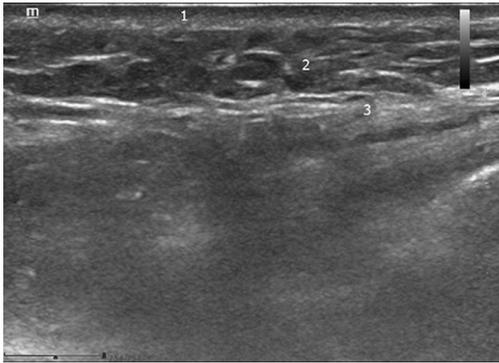


Рис. 9. Контроль состояния тканей до имплантации нитей (06.03.2023)

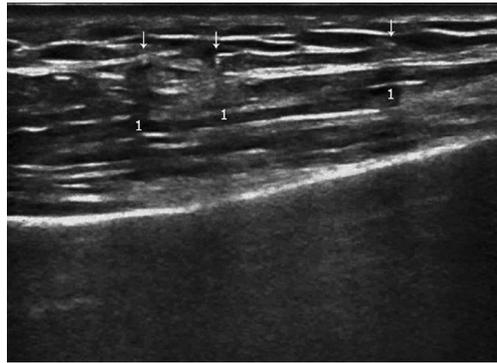


Рис. 10. Контроль состояния тканей спустя 14 дней после имплантации (20.03.2023)

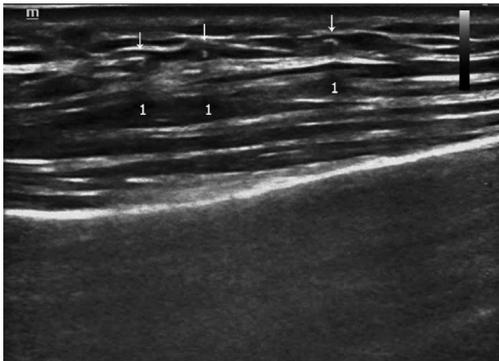


Рис. 11. Контроль состояния тканей спустя 60 дней после имплантации (10.05.2023)

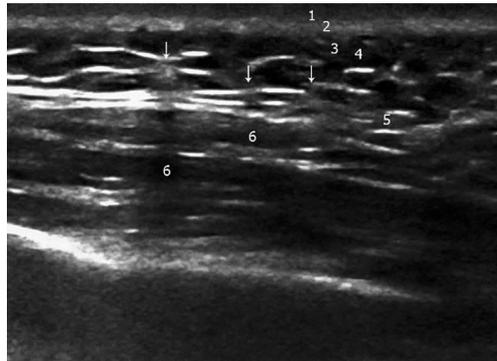


Рис. 12. Контрольный снимок через 10 мес после имплантации (январь 2024 г.)

Сканирование через 60 дней (рис. 11): субдермально визуализируются нити в виде точечных гиперэхогенных включений толщиной до 0,2 мм с акустической тенью; зоны фиброза отсутствуют.

Сканирование через 300 дней (рис. 12): в настоящий момент нити не визуализируются, на их месте сформированы участки фиброза; зоны фиброза лоцируются в виде участков повышенной эхогенности в месте имплантации нитей.

Заклучение

С помощью данной работы мы убедились, что благодаря нитевой имплантологии можно не только переместить ткани, но и улучшить качественные характеристики кожи за счет образования нового коллагена. Гистологически такие изменения видны раньше, чем на УЗИ. Но УЗИ-диагностика — более доступный и безопасный метод, позволяющий обследовать большую когорту пациентов. А также этот метод позволяет убедиться в возможности безопасного и комфортного повторного проведения процедуры нитевой имплантации через определенный промежуток времени. В разных возрастных группах скорость образования коллагена разная: у пациентов поколения X образование коллагена происходит чуть медленнее, чем у пациентов поколения Y.

Рекомендуемые источники

1. **Girgin A.** The effectiveness of PLLA/PCL aptos thread on skin quality. *Aesthetic Medicine* 2019.
2. **Бондаренко И.Н.** Роль ультразвукового исследования высокого разрешения в анализе структуры и причин осложнений после имплантации косметологических нитей в мягкие ткани лица и шеи. *Инновационная медицина Кубани* 2021; (2): 14–20.
3. **Никишин Д.В., Суламанидзе Г.М., Каджая А.А.** Гистологическое исследование области имплантации лифтинговых нитей на основе поли-L-молочной кислоты (PLA), покрытых гиалуроновой кислотой (НА) в длительном эксперименте (1 год). *Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки* 2020; (2): С. 87–98.
4. **Паклина О.В., Чекмарева И.А., Агапова М.А. и др.** Сравнительная морфологическая характеристика реакций ткани человека на биорезорбируемые нитевые имплантаты. *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии* 2018; (2): 26–36.
5. **Ha Y.I., Kim J.H., Park E.S.** Histological and molecular biological analysis on the reaction of absorbable thread; Polydioxanone and polycaprolactone in rat model. *J Cosmet Dermatol* 2022; 21(7): 2774–2782.
6. **Cho S.W., Shin B.H., Heo C.Y., Shim J.H.** Efficacy study of the new polycaprolactone thread compared with other commercialized threads in a murine model. *J Cosmet Dermatol* 2021; 20(9): 2743–2749.
7. **Lots T.C.C.** Effect of pdo facelift threads on facial skin tissues: An ultrasonographic analysis. *J Cosmet Dermatol* 2023; 22(9): 2534–2541.

Искужина Д.А.

Сочетанное использование световых методов с интрадермальным введением ботулотоксина в микродозах для лечения папуло-пустулезной формы розацеа

Розацеа представляет собой хроническое кожное заболевание, проявляющееся транзиторной или стойкой эритемой в центральной области лица, телеангиэктазиями, высыпаниями по типу папул и пустул, и является полиэтиологическим заболеванием со сложным этиопатогенезом. Эритема является неотъемлемой частью розацеа. Яркость ее проявления значительно снижается при использовании световых аппаратных методик, однако не всегда удается достичь удовлетворительного результата и продолжительной ремиссии у пациентов из-за невозможности влиять на все причины болезни. На данный момент большой интерес вызывает использование ботулинического токсина в дерматологической практике. Нами представлено собственное клиническое наблюдение эффективности сочетанного использования световых методов с интрадермальным введением ботулинического токсина в микродозах в лечении папуло-пустулезной формы розацеа.

Ключевые слова: световые методы терапии, ботулотоксин, розацеа

Вводная часть

Розацеа представляет собой хроническое кожное заболевание, проявляющееся транзиторной или стойкой эритемой в центральной области лица, телеангиэктазиями, высыпаниями по типу папул и пустул, в некоторых случаях затрагивает глаза и проявляется гиперплазией тканей носа [1].

Эритема является неотъемлемой частью заболевания, доставляет пациентам наибольший дискомфорт и ухудшает качество жизни [2, 3]. Яркость ее проявления значительно снижается при использовании световых аппаратных методик, таких как широкополосный импульсный свет (IPL), длинноимпульсные неодимовые лазеры на алюмоиттриевом гранате (Nd:YAG-лазеры), импульсные лазеры на красителях (PDL), калий-титанилфосфатный лазер (КТП) [4, 12]. Однако наличие активных папуло-пустулезных высыпаний является противопоказанием к применению лазерных и фотосистем, что, в свою очередь, затягивает процесс лечения и снижения выраженности эритемы у пациентов.

**Искужина
Диана Азаматовна**

Врач-дерматолог, косметолог,
специалист по инъекционным
и аппаратным техникам
омоложения и лечения кожи
сети клиник ЦИДК, тренер
учебного центра ЦИДК Профи,
Москва

При этом фотодинамическая терапия не имеет ограничений при наличии гнойных высыпаний, а также не исключает одновременного лечения с топическими средствами или системной терапией.

Для профилактики рецидивов пациентам рекомендуется избегать триггеров, таких как психоэмоциональный стресс, перепады температур, крепкий алкоголь, ультрафиолетовое излучение, соблюдать специальную диету, что поддерживает теорию нейрогенного воспаления в развитии заболевания. Предполагается, что активация периферических сенсорных нейронов ваниллоидных рецепторов транзитного потенциала 1 (TRPV1) и рецепторов транзитного рецепторного потенциала анкирина 1 (TRPA1) стимулирует высвобождение вазоактивных нейропептидов, вызывающих обострение розацеа [5]. Что в очередной раз доказывает: розацеа является полиэтиологическим заболеванием со сложным этиопатогенезом.

Но, несмотря на большой выбор световых методов лечения, не всегда удается достичь удовлетворительного результата и продолжительной ремиссии у пациентов из-за невозможности влиять на все причины болезни. Поэтому на данный момент большой интерес вызывает использование ботулинического токсина в дерматологической практике. Согласно последним исследованиям [6–9, 14], среди гипотез механизма воздействия ботулинического токсина типа А ингибирование высвобождения нейропептидов, связанных с вазодилатацией, таких как вещество P (субстанция P), пептид, связанный с геном кальцитонина (CGRP), вазоактивный интестинальный пептид (VIP) и ацетилхолин (ACh) из пресинаптических везикул. Также в ходе исследований было показано, что ботулотоксин обладает стабилизирующим действием на тучные клетки, что приводит к снижению высвобождения гистамина у пациентов с розацеа — это еще раз подтверждает его роль в уменьшении нейрогенного воспаления [6, 7].

Нами представлено собственное клиническое наблюдение эффективности сочетанного использования световых методов с интрадермальным введением ботулинического токсина в микродозах в лечении папуло-пустулезной формы розацеа.



Рис. 1. Пациентка К., 50 лет, на момент обращения

О пациенте

Пациентка К., 50 лет. Считает себя больной на протяжении около 5 лет. Заболевание развивалось постепенно. В начале появилась транзиторная эритема лица, которая трансформировалась в стойкую застойную эритему, позже присоединились папуло-пустулезные высыпания. Лечилась амбулаторно без эффекта. Со слов пациента, соматически здорова (**рис. 1**).

На момент обращения *status localis*: патологический процесс представлен стойкой разлитой эритемой, переходящей от ярко-красного до багрово-синюшного цвета, отеком кожи лица, множественными телеангиэктазиями в центральной части лица. В области щек, лба, глаз, шеи отмечаются папуло-пустулезные высыпания ярко-красного цвета.

По данным осмотра, анамнеза и опроса выставлен диагноз: розацеа, папуло-пустулезный подтип.

Используемые методы

- Фотодинамическая терапия REVIXAN.
- Фототерапия IPL (M22 Lumenis).
- Топические средства: крем ивермектин 1%, азелаиновая кислота 15%.
- Средства для ежедневного ухода Bioderma Sensibio AR гель для умывания и крем.

Протокол лечения

Протокол лечения пациентки К. с розацеа папуло-пустулезного подтипа представлен в таблице.

Таблица. Протокол лечения пациентки К., 50 лет, с папуло-пустулезной розацеа

Этапы терапии	Методы терапии
1	Фотодинамическая терапия REVIXAN, сенсibilизатор — хлорин Е6, время экспозиции сенсibilизатора — 20 мин под пленкой. Используемые длины волн — 400, 660 нм, время облучения — 15–20 мин. Курс — 5 процедур 1 раз в неделю
2	Фототерапия M22 IPL 6 процедур 1 раз в месяц. Используются длины волн и параметры: 640 нм 3 подымпультса 20–21 Дж, 590 нм 2 подымпультса 18–20 Дж, 560 нм 2–1 подымпультс 18–20 Дж
3	Внутрикожное введение инкоботулоксина типа А в мезотерапевтической технике однократно в количестве 30 Ед в разведении с физиологическим раствором 1 : 3, игла 31G

Фотодинамическая терапия была назначена в сочетании с наружными препаратами на первом этапе лечения для купирования воспалений и уменьшения отека тканей. ФДТ увеличивает экспрессию TLR и уменьшает экспрессию провоспалительных цитокинов [10]. Также оказывает бактерицидное и антимикробное действие, таким образом подавляя воспалительный процесс [11]. Проведение фототерапии интенсивным импульсным светом на первом этапе у данного пациента могло привести к обострению высыпаний, усилению отека и длительной реабилитации. Что, в свою очередь, снизило бы комплаентность к терапии со стороны пациента. Параметры процедуры и кратность ФДТ назначены согласно рекомендациям производителя. По окончании 5 процедур эритема и отек тканей значительно уменьшились, высыпания частично купированы (рис. 2).

Фототерапия широкополосным светом позволяет коагулировать телеангиэктазии, снизить яркость эритемы. За счет активации эндогенных порфиринов реализуется бактерицидное действие, прогрев сальной железы снижает активность ее работы, нормализует процессы кератинизации устья волосяного фолликула, улучшает эвакуацию кожного сала. Для проведения процедуры были выбраны параметры 640 нм 3 подымпультса 20 Дж, 590 нм 2 подымпультса 19–20 Дж, 560 нм 2–1 подымпультс 18–20 Дж (рис. 3).



Рис. 2. По окончании 5 процедур эритема и отек тканей значительно уменьшились, высыпания частично купированы



Рис. 3. Результат процедур с параметрами: 640 нм 3 подымпулса 20 Дж, 590 нм 2 подымпулса 19–20 Дж, 560 нм 2–1 подымпулса 18–20 Дж



Рис. 4. Пациентка К.: в ремиссии 3 года



Рис. 5. Результат терапии на диагностическом аппарате Антера 3D



В нашем исследовании внутридермальное введение инкоботулоксина позволило улучшить достигнутый результат аппаратных методов воздействия, а также продлить ремиссию повторением процедуры через каждые 6 мес. Пациент в ремиссии 3 года (**рис. 4**).

Оценка

Оценка проводилась визуально в ходе терапии при смене применяемых методик и повторном при осмотре (1,5 мес / 6 мес / 1 год).

Диагностика на аппарате Антера 3D (**рис. 5**).

Дерматологический индекс качества жизни пациентов.

Результаты

- В ходе лечения наблюдалось статистически значимое улучшение во всех временных интервалах.
- В процессе лечения не было зафиксировано нежелательных явлений.
- Диагностика на аппарате Антера 3D показала уменьшение содержания гемоглобина в коже.
- По окончании лечения дерматологический индекс качества жизни пациента снизился с 19 до 6 баллов, что подтверждает эффективность лечения и улучшает психоэмоциональный аспект лечения заболевания.
- Длительность наблюдения пациентки 3 года — за этот период отсутствовали рецидивы, отмечается стабилизация процесса.
- Для поддержания ремиссии назначено продолжить домашний уход за кожей, для профилактики эритемы — 1–2 процедуры фототерапии в год и инъекции ботулинического токсина 1 раз в 3–4 мес.

Выводы

- С учетом полиэтиологии заболевания и сложного патогенеза для лечения розацеа требуется комплексный подход.

- Сочетанное лечение розацеа топическими средствами, фотодинамической терапией, фототерапией и инъекциями ботулинического токсина показало эффективное снижение тяжести течения заболевания.
- Фотодинамическая терапия усиливает топическую терапию, позволяет ускорить разрешение воспалительных проявлений процесса и быстрее перейти к фототерапии.
- Мы предполагаем, что применение ботулинического токсина в лечении розацеа является безопасным и эффективным методом, который позволяет продлить ремиссию заболевания.

Литература

1. Акне и розацеа / под ред. Л.С. Кругловой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
2. **Baldwin H.E., Harper J., Baradaran S., Patel V.** Erythema of rosacea affects health-related quality of life: results of a survey conducted in collaboration with the National Rosacea Society. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2019; 9(4): 725–734.
3. **Halioua B., Cribier B., Frey M., Tan J.** Feelings of stigmatization in patients with rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017; 31(1): 163–168.
4. **Tan J.** Updating the diagnosis, classification and assessment of rosacea by effacement of subtypes: reply from the author. *Br J Dermatol* 2017; 177(2): 598–599.
5. **Choi J.E., di Nardo A.** Skin neurogenic inflammation. *Semin Immunopathol* 2018; 40(3): 249–259.
6. **Choi J.E., Werbel T., Wang Z., et al.** Botulinum toxin blocks mast cells and prevents rosacea like inflammation. *J Dermatol Sci* 2019; 93(1): 58–64.
7. **Al-Niaimi F., Glagoleva E., Araviiskaia E.** Pulsed dye laser followed by intradermal botulinum toxin type-A in the treatment of rosacea-associated erythema and flushing. *Dermatol Ther* 2020; 33(6): e13976.
8. **Yang R., Liu C., Liu W., et al.** Botulinum toxin A alleviates persistent erythema and flushing in patients with erythema telangiectasia rosacea. *Dermatol Ther* 2022; 12(10): 2285–2294.
9. **Kim M.J., Kim J.H., Cheon H.I., et al.** Assessment of skin physiology change and safety after intradermal injections with botulinum toxin: a randomized, double-blind, placebo-controlled, split-face pilot study in rosacea patients with facial erythema. *Dermatol Surg* 2019; 45(9): 1155–1162.
10. **Ma Y., Chen Q., Liu Y., et al.** Effects of 5-aminolevulinic acid photodynamic therapy on TLRs in acne lesions and keratinocytes co-cultured with *P. acnes*. *Photodiagnosis Photodyn Ther* 2016; 15: 172–181.
11. **Kim M., Jung H.Y., Park H.J.** Topical PDT in the Treatment of Benign Skin Diseases: Principles and New Applications. *Int J Mol Sci* 2015; 16(10): 23259–23278.
12. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных розацеа / рабочая группа: Е.А. Аравийская, А.В. Самцов. М., 2015.
13. **Биткина О.А., Першина К.С., Конторщикова К.Н. и др.** Методы активной физиотерапии в лечении розацеа (обзор). *Медицинский альманах* 2023; (1): 14–22.
14. **Юцковская Я.А., Ременюк М.Г., Наумчик Г.А.** Дерматологические аспекты применения ботулотоксина типа А. *Инъекционная косметология* 2016; (1).

Кривоспицкая Е.А.

Клинический случай лечения атрофических рубцов и стрий у пациентки 30 лет после длительной терапии глюкокортикостероидами

Эстетическая коррекция стрий является актуальной проблемой современной косметологии ввиду их широкой распространенности и выраженного негативного влияния на качество жизни пациентов. В статье представлен клинический случай лечения атрофических рубцов и стрий у пациентки 30 лет. На основании приведенных данных можно судить об эффективности сочетанных методик коррекции атрофических состояний кожи.

Ключевые слова: стрии, атрофические рубцы, глюкокортикостероиды, термолифтинг, азеловиновая кислота, поли-L-молочная кислота, комбинированная терапия

Кривоспицкая Екатерина Анатольевна
Врач-косметолог, трихолог, дерматовенеролог, терапевт, «ОЛИМП КЛИНИК», сертифицированный тренер медицинской компании JES, Воронеж

Актуальность

Растяжки, или стрии, — широко распространенный косметический дефект кожи — представляют собой линейные участки кожной атрофии, проявляющиеся в местах наибольшего растяжения кожи. Их формирование — сложный многофакторный процесс, этиопатогенез которого еще не до конца изучен. Эстетическая коррекция стрий является актуальной проблемой современной косметологии ввиду их широкой распространенности и выраженного негативного влияния на качество жизни пациентов.

В классическом труде Мадьяра И. мы находим о стриях у истощенных: «Стрии бывают и у истощенных больных, при голодных отеках и болезнях, вызванных дефицитом жизненно важных веществ. Во время войны стрии часто отмечали у военнопленных, в концентрационных лагерях. В настоящее время стрии такого генеза отмечаются при опухолевой инаниции» [1].

Связь между избытком глюкокортикоидов и появлением стрий очевидна. Но глюкокортикоиды — липогенетические гормоны, в особенности для висцеральных адипоцитов. Почему мнимый «катаболический эффект» кортикостероидов не проявляется равномерно, а дает полосы лишь в излюбленных местах: при синдроме Иценко – Кушинга или при беременности — на животе, а при синдроме Марфана — чаще всего в области поясницы?

Ясно, что и эти объяснения неполны и натянуты. Глюкокортикоиды — мощные регуляторы всех видов обмена, и для понимания патогенеза стрий надо учитывать действие этих гормонов не только на липидный метаболизм.

Мадьяр И. считал стрии разновидностью рубцов, описывая их как продольные или поперечные полосы, соответствующие кожным складкам и имеющие разную окраску: «...желтые, розовые, ярко-красные, а иногда бесцветные, отливающие перламутром. Ярко-красные вначале, стрии могут бледнеть» [1]. И сейчас многие авторы усматривают аналогию между формированием стрий и рубцеванием ран, но если стрии и рубцы — одно и то же, тогда остается непонятным, почему глюкокортикоиды, явно способствующие первому, препятствуют второму.

К сожалению, и на сегодняшний день не существует определенного протокола лечения стрий и атрофических рубцов. Хирургические методы удаления имеют высокий риск рубцевания и послеоперационных осложнений. Мезотерапевтические методы лечения показывают высокую эффективность только на ранней стадии формирования растяжек. Однако отечественные врачи-косметологи указывают на эффективное использование фракционного лазера. Специалисты активно применяют его для лечения стрий и других косметических недостатков [2].

Клинический случай

Представляю клинический случай лечения атрофических рубцов и стрий у пациентки 30 лет. Жалобы на момент осмотра: атрофические рубцы и стрии в области живота, рук, бедер, спины. Диагноз: L90.6 Атрофические полосы (стрии).

ANAMNESIS MORBI

В 2007 г. начался резкий набор веса — в течение одного месяца с 70 до 100 кг, общая прибавка веса составила 30 кг, что послужило поводом для госпитализации и проведения терапии диуретиками. Несмотря на стабилизацию состояния, в этот же период пациентка отметила сильное шелушение кожи и «потрескивание». Там же, в стационаре, был поставлен диагноз «хронический гломерулонефрит» и назначена терапия глюкокортикостероидом преднизолоном в дозе 60 мг ежедневно в течение 14 мес с постепенной отменой.

В 2013 г. пациентка неоднократно обращалась к врачам-косметологам и пластическому хирургу, проведенные процедуры у разных специалистов - срединный пилинг, PRP-терапия, игольчатый RF-лифтинг, CO₂-шлифовка — не оказали должного эффекта, а последнее воздействие протекало с массивными осложнениями, после которых пациентка окончательно отчаялась избавиться от своего эстетического недуга.

В конце мая 2023 г. пациентка обратилась с консультативной целью ко мне, и я решила работать более углубленно и детально, изучив анамнез и клинические показатели крови (**табл. 1**).

Таблица 1. Динамика изменения лабораторных анализов крови на фоне терапии

Показатель	Период	30.05.2023	31.08.2023
Гемоглобин		130 г/л	132 г/л
Ферритин		14,7 мкг/л	48,3 мкг/л
Сывороточное железо		8,5 мкмоль/л	20,3 мкмоль/л
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците МСНС		31,2 г/дл	31,6 г/дл
ОЖСС (общая железосвязывающая способность)		90,1 мкмоль/л	50,3 мкмоль/л
25-ОН витамин D		20,44 нг/л	30,4 нг/л

На основании лабораторных методов исследования крови пациентки от 30.05.2023 выявлены латентный железодефицит и дефицит витамина D (см. табл. 1), была назначена терапия (табл. 2). На контроле через 3 мес, 31.08.2023, добились стабилизации состояния (см. табл. 1).

Таблица 2. Схема терапии

Период	Терапия внутрь	Методики лечения
Июнь 2023	1. Сорбифер дурулес (сульфат железа с аскорбиновой кислотой) 200 мг в день 2. Вигантол 7000 ME ежедневно утром 3. QYRA COLLAGEN DRINK 1 флакон в день	30.06.2023 1. Внутрикожное введение биорепаранта на основе полидезоксирибонуклеотида Plinest Fast в области левой руки (2 мл), живота (2 мл) 2. Крем для наружного применения с 20% азелаиновой кислотой на области левой руки и живота (Скиноклир крем) ежедневно 1 раз в день, вечером
Июль 2023	1. Сорбифер дурулес (сульфат железа с аскорбиновой кислотой) 200 мг в день 2. Вигантол 7000 ME ежедневно утром 3. QYRA COLLAGEN DRINK 1 флакон в день	27.07.2023 1. Внутрикожное введение биорепаранта на основе полидезоксирибонуклеотида Plinest Fast в области левой руки (2 мл), живота (2 мл) 2. Крем для наружного применения с 20% азелаиновой кислотой на области левой руки и живота (Скиноклир крем) ежедневно 1 раз в день, вечером
Август 2023	1. Сорбифер дурулес (сульфат железа с аскорбиновой кислотой) 200 мг в день 2. Вигантол 7000 ME ежедневно утром 3. QYRA COLLAGEN DRINK 1 флакон в день	15.08.2023 1. Внутрикожное введение биорепаранта на основе полидезоксирибонуклеотида Plinest Fast в области левой руки (2 мл), живота (2 мл) 2. Крем для наружного применения с 20% азелаиновой кислотой на области левой руки и живота (Скиноклир крем) ежедневно 1 раз в день, вечером
Сентябрь 2023	1. Вигантол 2000 ME ежедневно утром 2. QYRA COLLAGEN DRINK 1 флакон в день	19.09.2023 1. Фракционный термолифтинг живота и левой руки на аппарате Vivace. Два прохода на животе: первый — мощность 8 (W61pp), 1 МГц, неизолированная игла, глубина 2,5 мм, t 300; второй — мощность 7 (W50pp), 1 МГц, неизолированная игла, глубина 2,5 мм, t 300. Два прохода на внутренней поверхности левого плеча — мощность 6 (W35pp), 1 МГц, неизолированная игла, глубина 2,0 мм, t 300. Два прохода на наружной поверхности плеча и предплечья — неизолированная игла, мощность 7 (W50pp), t 300, глубина 2,0 мм

Период	Терапия внутрь	Методики лечения
Октябрь 2023	1. Вигантол 2000 ME ежедневно утром 2. QYRA COLLAGEN DRINK 1 флакон в день	24.10.2023 1. Введение препарата на основе коллагена Сферогель Medium Body линейно-ретроградно, субдермально, объем 4 мл, область живота и левой руки
Ноябрь 2023	1. Вигантол 2000 ME ежедневно утром 2. QYRA COLLAGEN DRINK 1 флакон в день	17.11.2023 1. Фракционный термолифтинг на аппарате Морфеус8 2. Введение препарата на основе полимолочной кислоты Gana X 630 мг 40 мл в зоны живота и бедер, техника введения — канюльное армирование 29.11.2023 1. Фракционная лазерная шлифовка CO ₂ на аппарате AcuPulse области левой руки. Режим Комбо (Deer-10 мДж, 10%. Superficial 50 мДж, 40%) 2. Поверхностное нанесение стерильного коктейля из рекомбинантных факторов роста и цитокинов (Мультифакторная косметика) сразу после процедуры и 2-кратно каждые 4 часа после процедуры (суммарно 3 дозы)
Декабрь 2023	1. Вигантол 2000 ME ежедневно утром	12.12.2023 1. Введение препарата на основе полимолочной кислоты Gana X 630 мг 40 мл в зону левой руки, техника введения — канюльное армирование 26.12.2023 1. Фракционная лазерная шлифовка CO ₂ на аппарате AcuPulse области живота. Режим Комбо (Deer-10 мДж, 10%. Superficial 50 мДж, 40%) 2. Сразу после — введение препарата на основе поли-L-молочной кислоты Gana X 630 мг 40 мл в зону живота, техника введения — канюльное армирование



Рис. 1. Состояние пациентки на момент обращения (23.05.2023), после 6 мес лечения (17.11.2023) и после 8 мес терапии (28.11.2024)



Рис. 2. Состояние области бедер и живота пациентки после 6 и 8 мес лечения

Одновременно с этим с июня по сентябрь 2023 г. проводилась подготовка кожи препаратом на основе полинуклеотидов 1 раз в месяц и препаратом с 20% азелаиновой кислотой области левой руки и живота с целью увеличения ресурсов кожи к последующему постпроцедурному восстановлению и коррекции зон выраженной гиперпигментации. Также на протяжении 6 мес пациентка получала препарат коллагена (питьевой коллаген Кьюра) внутрь с целью стимуляции метаболизма целевых соединительных тканей.

В сентябре 2023 г. проведена первая коррекция методом фракционного термолифтинга на аппарате Vivace зоны живота и левой руки, а через 4 нед, в октябре, — осуществлено введение препарата на основе коллагена Сферогель Medium Body 4 мл.

В ноябре 2023 г. повторили процедуру фракционного термолифтинга на аппарате Морфеус8 с одномоментным введением препарата на основе поли-L-молочной кислоты Gana X в зоны живота и бедер.

Через 2 нед продолжили работу с левой рукой, проведя процедуру фракционного термолифтинга на аппарате Vivace, и через 10 дней — введение препарата на основе поли-L-молочной кислоты Gana X в зону левой руки.

В декабре провели фракционную лазерную шлифовку CO₂ на аппарате AcuPulse с одномоментным введением препарата на основе поли-L-молочной кислоты Gana X в зону живота. (см. табл .2).

ДОСТИГНУТЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

На данный момент мы имеем уменьшение степени выраженности атрофии кожи — сглаживание стрий и рубцов, повышение упругости и плотности кожи.



17.11.2023



28.01.2024

Рис. 3. Состояние области левого плеча пациентки после 6 и 8 мес лечения

Выводы

На основании представленных мною данных можно судить об эффективности сочетанных методик коррекции атрофических состояний кожи. Важно отметить, что необходимо здраво оценивать восстановительный потенциал организма, прежде чем применять аппаратные методики, направленные на реструктуризацию дермы, чтобы получить максимальный ответ организма на воздействия. Мы ожидаем еще более ярких результатов терапии, потому как эффект от процедур носит пролонгированный характер и нарастает в течение нескольких месяцев.

- Внутрикожное введение биорепаранта на основе полидезоксирибонуклеотида Plinest Fast вызывает пролиферацию кожи за счет действия на пуриnergический рецептор (аденозиновый A2a), индуцируя пролиферативный ответ. Противовоспалительное действие выражено в снижении активности провоспалительных цитокинов (TNF- α , HMGB-1, IL-6) и активации противовоспалительных интерлейкинов (IL-10). Происходит активация ангиогенеза за счет усиления выработки VEGF (фактор роста эндотелия сосудов), экспрессии ангиопоэтина-1, ангиогенного фактора, участвующего в стабилизации и созревании новообразованных сосудов. Таким образом, восстанавливается практически нормальный ангиогенез, поскольку физиологический и эффективный синтез сосудов обусловлен синергизмом и взаимодействием этих двух факторов. Активация синтеза эссенциальной гиалуроновой кислоты обеспечивает естественное увлажнение. Повышается функциональная активность моноцитов/макрофагов, в результате происходит рост их способности фагоцитировать микробы и поврежденные структуры в коже (в том числе поврежденные коллаген и эластин).
- Внутрикожное введение препарата Сферогель Medium Body направлено на восполнение дефицита матрикса, восстановление тургора, выравнивание рельефа, детоксикацию, глубокое пролонгированное увлажнение, коррекцию гиперпигментации, рубцовых изменений.
- В ходе процедуры микроигльчатого RF-лифтинга поврежденные и растянутые волокна сокращаются и восстанавливают свою структуру. Действие

RF-энергии оказывает влияние и на белки в области дермы. Легкая их коагуляция приводит к запуску регенераторных механизмов, синтезу фибробластов и новых белков коллагена и эластина.

- С помощью фракционного CO₂-лазера осуществляется послойное выравнивание кожной поверхности, при этом удаляются деформированные участки кожи. На месте поврежденных волокон идет образование новой ткани с хорошей упругостью и эластичностью. Кожный рельеф выравнивается, устраняются проблемы (рубцы, шрамы, растяжки).
- Филлер-коллагенстимулятор Gana X на основе поли-L-молочной кислоты применялся для формирования недостающих объемов и устранения дряблости тканей тела, поскольку поли-L-молочная кислота выступает в качестве скаффолда для фиксации фибробластов, активирует процесс синтеза нативного коллагена и других компонентов внеклеточного матрикса, механически заполняет депрессии ткани, формируя недостающий объем.

Литература

1. **Мадьяр И.** Дифференциальная диагностика заболеваний внутренних органов. Т.1. Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1987. С. 34–35.
2. **Петрий М.А., Талыбова А.П., Стенько А.Г.** Современные представления о методах коррекции стрий. Медицинский алфавит. 2021; (9): 30–38.

Нагибина Е.В.

Комбинированный протокол технологий IPL и микроигльчатого RF-термолиза в периорбитальной зоне

Область глаз — сложная область для эстетических манипуляций, но именно ее коррекция является частым запросом у пациентов врача-косметолога. В статье представлены результаты пилотного научного исследования применения комбинированного протокола технологий IPL и микроигльчатого RF-термолиза в периорбитальной зоне. В исследовании участвовали 2 мужчины и 9 женщин в возрасте 32–48 лет. Результаты показали, что сочетание двух физических факторов позволяет улучшить качественные характеристики кожи периорбитальной области и ее цвет, уменьшить выраженность отека, глубину морщин, а также положительно влияет на качество и количество слезной жидкости.

Ключевые слова: интенсивный импульсный свет, фракционный радиочастотный термолиз, синдром сухого глаза, периорбитальная зона

Красота в глазах смотрящего.

Оскар Уайльд

Введение

В своей работе мы стремимся создавать красоту и, как врачи, понимаем, насколько сложна и уникальна область глаз для нашей практики.

Коллеги, я хочу поделиться с вами не только своим опытом работы в данной области, но и уникальными результатами научного исследования, которые уже сегодня вы сможете внедрять в вашу практику, учитывая эффективность и безопасность данного протокола.

Периорбитальная область — самая проблемная, сложная и в то же время самая опасная. Очень много дискуссий вокруг этой зоны среди специалистов.

Все прекрасно знают, что риски работы в периорбитальной области недооценены, особенно специалистами эстетической медицины, о чем говорит обратная связь от коллег-офтальмологов, которые встречаются с осложнениями, затрагивающими функции органа зрения, после косметологических манипуляций.

**Нагибина
Елена Васильевна**

Врач-дерматолог,
косметолог, главный врач
и основательница клиники
MEDELENKA, Москва

Доказательный уровень для меня в приоритете, поэтому я с удовольствием представляю вам результаты своего научного пилотного исследования.

Область глаз — сложная область для эстетических манипуляций, но именно ее коррекция является частым запросом у пациентов врача-косметолога. Это один из важнейших элементов внешности, на нее в первую очередь обращают внимание при знакомстве, именно поэтому она требует тщательного и грамотного подхода.

Кожа вокруг глаз имеет свои анатомические и гистологические особенности, которые необходимо помнить.

Самые частые жалобы:

- отек век;
- грыжи век;
- выраженные носослезные и пальпепромоларные борозды;
- сухость и раздражение кожи;
- темные круги.

Кроме того, пациенты, жалуясь на неудовлетворенность качеством кожи вокруг глаз, отмечают симптомы, характерные для синдрома сухого глаза (ССГ), который чаще всего развивается с возрастом.

ССГ — это комплекс патологических признаков, формирующийся в связи с недостаточным увлажнением глаза. Синдром может манифестировать на фоне возрастных изменений, в результате регулярного использования контактных линз, ношения очков, длительного и частого проведения времени за монитором. Ощущение «песка в глазах» способно привести к частой потребности тереть кожу вокруг глаз, что провоцирует ее раздражение и гиперчувствительность, в результате для избегания неприятных ощущений пациенты могут пренебрегать уходом за кожей вокруг глаз, это, в свою очередь, способно негативно влиять на качество и внешний вид кожи.



Рис. 1. Проведение пробы Ширмера

Отбор пациентов в исследование

ТЕСТ ШИРМЕРА

Для исследования отбирались пациенты в соответствии с визуальной оценкой состояния кожи. Также под контролем внешнего специалиста врача-офтальмолога был проведен тест Ширмера (**рис. 1**).

Тест Ширмера — диагностический метод, который позволяет объективно подтвердить сухость глаза. Для проведения используются полоски фильтровальной бумаги в среднем 5×50 мм, которые закладываются в конъюнктивальный мешок нижнего века на 5 мин. Проба проводится одновременно с обоими глазами. Через 5 мин полоски извлекаются, после чего оценивается степень их увлажнения путем измерения длины смоченного слезой участка.

Оценка результатов пробы Ширмера (рис. 2):

- норма — ≥ 15 мм;
- легкая степень угнетения слезообразования — 9–14 мм;
- средняя степень угнетения слезообразования — 4–8 мм;
- тяжелая степень угнетения слезообразования — < 4 мм.

В моем пилотном исследовании пациенты были зарегистрированы с ноября 2023 г. по февраль 2024 г., в исследовании участвовали 2 мужчины и 9 женщин, возрастная группа — 32–48 лет, 6 человек получали терапию только интенсивным импульсным светом (IPL), у пятерых была комбинация двух методов — IPL в сочетании с микроигльчатый радиочастотным (RF) термолизом. Результаты пробы Ширмера показали у 5 человек степень увлажнения не более 4 мм, у 4 — не более 10 мм, а у 2 — превышающую 25 мм. Это говорит о том, что в исследуемой группе были пациенты с ССГ средней и тяжелой степени, однако у 2 человек было зарегистрировано избыточное слезоотделение.



Рис. 2. Оценка результата пробы Ширмера

КРИТЕРИИ ВКЛЮЧЕНИЯ

Для отбора в исследование были использованы следующие критерии:

- наличие признаков фото- и хроностарения в периорбитальной области — дисхромии, выраженные поверхностные сосуды, сухость кожи;
- III–IV фототип по Фицпатрику;
- пористость кожи;
- наличие избытка кожи верхних и нижних век;
- пролабирование внутриорбитально жира;
- подписанное информированное согласие на участие в исследовании;
- подписанное информированное согласие на фотодокументацию лица пациента;
- наличие ССГ.

КРИТЕРИИ ИСКЛЮЧЕНИЯ

Критериями исключения были:

- беременность, период лактации;
- онкологические заболевания;
- острые инфекционные, соматические заболевания и психоневрологические расстройства;
- хронические заболевания в стадии декомпенсации;
- системные заболевания соединительной ткани с поражением кожи и подкожной клетчатки (системная красная волчанка, гранулема кольцевидная, дискоидная красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит и др.);
- гиперчувствительность к компонентам изучаемых методик;
- отказ от участия в настоящем исследовании или от выполнения полного протокола настоящего исследования.

На основании жалоб, осмотра, сбора анамнеза были определены общие диагнозы по МКБ.

Основные: L 90.0; L 81.8.

Сопутствующий: H04.1.

На основании опыта работы с зоной периорбитальной области у пациентов с жалобами на дисхромии, выраженные поверхностные сосуды, морщины в периорбитальной области, а также наличие ССГ я рекомендую представленный ниже протокол.

Протокол процедур

1. IPL (Lumessa)

С отсекающим фильтром по длине волны 515 нм.

Импульс сначала длинный, потом короткий, 8–9 Дж/см².

Контролируемое охлаждение.

2 прохода / 1 процедура.

Курс процедур: 1 раз в 2–3 нед, 3–4 процедуры.

2. Фракционный микроигльчатый RF термолиз (Morpheus8)

Глубина: 1 мм.

Энергия: 15 Дж/см².

Режим подачи энергии: cycle.

Процедура проводилась однократно.

В среднем подходы повторяли на 1, 14, 28, 42-й день, на кожу периорбитальной области воздействовали IPL, размер фокального пятна 10 × 30 мм, длина импульса 515 нм, энергия 8–9 Дж/см², длительность импульса длинная, затем короткая, с контролируемым охлаждением, процедура проводилась на платформе InMode насадкой Lumessa.

Пациенты из группы комбинированного протокола получали однократное фракционное воздействие игльчатым RF в периорбитальной области через неделю после IPL-терапии и за неделю до повторного IPL, то есть в середине курса прохождения IPL.

Фотографирование пациентов проводилось перед началом исследования с 10.11.2023 по 10.12.2023 (рис. 3–13).

Особенностью работы была цель максимально близко подойти специальным наконечником к ресничному краю и при этом никоим образом не навредить функционалу органа зрения. Под контролем врача-офтальмолога пациентам были установлены шильды.



Рис. 3. Пациент 1. Мужчина, 42 года, фото 10.11.2023



Рис. 4. Пациент 2. Мужчина, 42 года, фото 11.11.2023



Рис. 5. Пациент 3. Женщина, 38 лет, фото 10.11.2023



Рис. 6. Пациент 4. Женщина, 38 лет, фото 16.11.2023



Рис. 7. Пациент 5. Женщина, 30 лет, фото 10.11.2023



Рис. 8. Пациент, 6. Женщина, 34 года, фото 11.12.2023



Рис. 9. Пациент 7. Женщина, 38 лет, 05.12.2023



Рис. 10. Пациент 8. Женщина, 48 лет, фото 20.11.2023



Рис. 11. Пациент 9. Женщина, 46 лет, фото 10.12.2023



Рис. 12. Пациент 10. Женщина, 39 лет, фото 10.12.2023

Результаты

Результаты моей работы продемонстрировали улучшение цвета кожи, сокращение пор, уменьшение выраженности и количества пигментных пятен и сосудистых проявлений, регресс воспалительных элементов. Визуальная оценка показала, что глубина морщин уменьшилась. Стоит отметить, что у пациентов, которым проводилась комбинация методов фракционного игольчатого RF и IPL, результаты более выражены с эстетической стороны в виде уменьшения глубины поверхностных морщин.

IPL имеет множество применений в дерматологии и медицинской косметологии, включая лечение розацеа. Так как розацеа в высокой степени коррелирует с дисфункцией мейбомиевых желез, следует предположить, что IPL-технология может благоприятно влиять на ССГ.

Зарубежные исследования доказывают улучшение работы мейбомиевых желез после воздействия



Рис. 13. Пациент 11. Женщина, 48 лет, фото 11.12.2023

на периорбитальную область IPL. Основным механизмом действия является запуск противовоспалительных процессов. Такой подход получил одобрение FDA и был рекомендован DEWS II (международная рабочая группа по исследованию ССГ).

Вывод

Сочетание двух физических факторов позволило продемонстрировать улучшение качественных характеристик кожи периорбитальной области, улучшение цвета, уменьшение выраженности отека, уменьшение глубины морщин. Тест Ширмера, проведенный до и после курса процедур, показал снижение выраженности ССГ, что доказало эффективность IPL-технологии в терапии этой патологии.

Мое исследование доказало, что метод IPL-терапии может воздействовать сразу на несколько проблем, не только улучшая эстетический вид, но и положительно влияя на качество и количество слезной жидкости.

Литература

1. **Chelnis J., Garcia C.N., Hamza H.** Multi-Frequency RF Combined with Intense Pulsed Light Improves Signs and Symptoms of Dry Eye Disease Due to Meibomian Gland Dysfunction. *Clin Ophthalmol* 2023; 17: 3089–3102.
2. **Leng X., Shi M., Liu X., et al.** Intense pulsed light for meibomian gland dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2021; 259(1): 1–10.
3. **Инкарбеков М.Ж., Бурибаева Ж.К., Маханбеткулова Д.Н.** Синдром сухого глаза: особенности диагностики и лечения. *Вестник КазНМУ* 2020; (3): 96–99.
4. **Первых С.Л., Нагибина Е.В.** Глазные шильды. Реалии работы врача-косметолога. *Метаморфозы* 2024; (45): 61–65.

Хасиева Э.Н.-Э.

Возможности и особенности косметологических методов коррекции нижней трети лица у пациентов с мезиальным и дистальным прикусом

Гармонию на лице задает в большей степени нижняя треть. Хорошо очерченная линия нижней челюсти, четкая линия от угла нижней челюсти до подбородка составляют наше представление о красоте и молодости. В статье представлен разбор вариантов патологической окклюзии зубных рядов — дистальный и мезиальный прикус, освещены их влияние на внешность, особенности возрастных изменений и психоэмоциональные аспекты восприятия образа в целом как другими людьми, так и самими пациентами, описывается гармонизация лица у пациентов с такими видами прикуса.

Ключевые слова: мезиальный прикус, дистальный прикус, коррекция нижней трети лица, гармонизация лица

Актуальность проблемы

Внешность каждого человека уникальна ввиду сочетания анатомических и физиологических факторов. Тип кожи, объем подкожно-жировой клетчатки, особенности мышечного тонуса, строение костей черепа — все это определяет степень привлекательности и гармоничность лица в целом.

Гармонию на лице задает в большей степени нижняя треть. Именно нижняя треть — очень важная с эстетических позиций часть лица [1].

Хорошо очерченная линия нижней челюсти, четкая линия от угла нижней челюсти до подбородка составляют наше представление о красоте и молодости. Это также ключ к половому диморфизму и определению мужских и женских характеристик [2]. Визуальная составляющая нижней трети лица в первую очередь зависит от строения нижней челюсти и височно-нижнечелюстного сустава. Расположение элементов зубочелюстной системы напрямую сказывается на эстетике.

В России зубочелюстные аномалии встречаются у 41–75% [3]. Они сопровождаются эстетическими и функциональными изменениями, негативно влияющими не только на внешний вид, но и на психику пациентов.

Поскольку лицо выполняет важную роль в процессе межличностного общения и является основным средством идентификации и невербальной коммуникации,

Хасиева

Элина Нур-Эльевна

Врач-офтальмохирург, дерматовенеролог, косметолог с 14-летним опытом работы в России, Европе и ОАЭ, основатель и главный врач авторских клиник косметологии в г. Ярославле и г. Москве, эксперт на федеральных каналах ТВ, Ярославль

нарушение его пропорциональности отрицательно сказывается на привлекательности человека. А именно желание быть привлекательным присуще большинству людей, так как это качество помогает налаживанию межличностных контактов, облегчает решение карьерных проблем [4].

Пациенты с нарушением эстетики зубов признают, что часто дают себе низкую оценку, боятся просить повышения по службе или заводить новые знакомства. Деформации зубочелюстной системы всегда оказывают сильное влияние на изменения черт лица, однако не все пациенты готовы прибегать к ортодонтической коррекции. В связи с этим роль врача-косметолога заключается не только в гармонизации пропорций лица, но и в помощи пациенту обрести уверенность в себе, собственных силах и красоте.

Поэтому в косметологической практике нам необходимо учитывать особенности прикуса и строение челюсти при применении инъекционных или аппаратных методов коррекции овала лица и создании гармоничного образа в целом.

Существуют разные вариации прикуса, или окклюзии зубных рядов.

Нейтральный (ортогнатический) прикус характеризуется равномерной окклюзией зубного ряда, зубы верхней челюсти перекрывают зубной ряд нижней челюсти на 1/3. У пациентов с данным типом прикуса в плане эстетической коррекции речь может идти о гармонизации лица и подчеркивании гендерных особенностей без изменения конфигурации [2].

Мы же на примерах разберем варианты патологической окклюзии зубных рядов — дистальный и мезиальный прикус, их влияние на внешность, особенности возрастных изменений и психоэмоциональные аспекты восприятия образа в целом как другими людьми, так и самими пациентами.

Гармонизация лица у пациентов с мезиальным прикусом

Начнем с мезиального прикуса, при котором нижняя челюсть заметно выступает вперед относительно верхней. Внешне это проявляется в доминировании нижней челюсти над верхней и заставляет так же сильно выдаваться вперед подбородок. Визуально наблюдается увеличение нижней трети лица, нижняя губа начинает выпирать, верхняя — западать. При таком нарушении также формируется вогнутый профиль и наблюдается эстетический дефект в виде потери объема в проекции пространства Ристоу и в зоне медиального жирового пакета.

Выражение лица при этом часто кажется либо обиженным, либо напряженным, внешность воспринимается угрюмой и неэстетичной.

С точки зрения физиогномики выдвинутая вперед нижняя челюсть является проявлением воинственности, мужественности, решительности, наглости, брутальности и уверенности.

Работа врача-косметолога должна быть направлена на восполнение объема в области медиального жирового пакета, пространства Ристоу и на контурную пластику преимущественно верхней губы.



Рис. 1, 2. Гармонизация профиля пациентов с мезиальным прикусом с помощью контурной пластики губ

Для гармонизации профиля рекомендуется оценить положение губ и прикуса относительно эстетической линии Риккетса. При условии правильного прикуса верхняя губа располагается на 2–3 мм от линии Риккетса, нижняя губа — на 1–2 мм [2].

Восполнение объема верхней губы позволит придать лицу более женственные, мягкие черты и визуально гармонизировать профиль (**рис. 1, 2**).

Для контурной пластики губ используется филлер на основе гиалуроновой кислоты со средним G-prime в объеме 1 мл.

Инъекции проводятся иглой 30G / 13 мм.

Первые точки вкола проходят через точки Глогау – Кляйна, направление иглы прямое, в сторону слизистой оболочки, подача препарата осуществляется линейно-ретроградно, по 0,1 мл на каждую сторону.

Чтобы избежать миграции препарата за границу белого валика верхней губы, оставшиеся точки вколов рекомендуется располагать на вермилионе, отступая на 1 мм от красной каймы. Подача препарата осуществляется в веерной технике. Филлер равномерно распределяется во фронтальной плоскости, подача препарата в каждом веере идет линейно-ретроградно снизу вверх в объеме 0,1–0,05 мл на точку вкола.

На нижней губе подача препарата проводится в 6 проколов по 0,05 мл филлера.

4 прокола с красной каймы по центру нижней губы, игла направлена снизу вверх, подача препарата линейно-ретроградная. И по 1 проколу с каждой стороны в толщу нижней губы, точка вкола располагается в 1 мм от комиссуры, направление иглы медиальное, препарат подается линейно-ретроградно.

С целью профилактики миграции препарата на слизистую оболочку при каждом проколе филлер вводится, не доходя до нее на 1 мм.

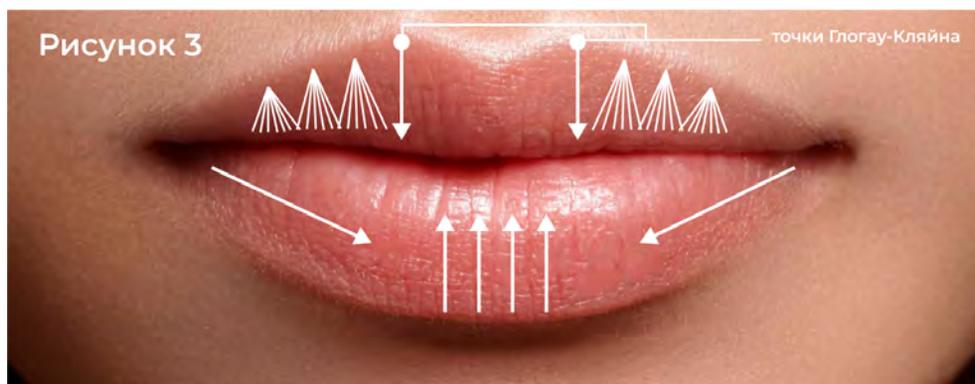


Рисунок 3. Схема контурной пластики губ



Рисунок 4, 5. Гармонизация нижней трети лица у пациента с мезиальным прикусом

Рисунок 6

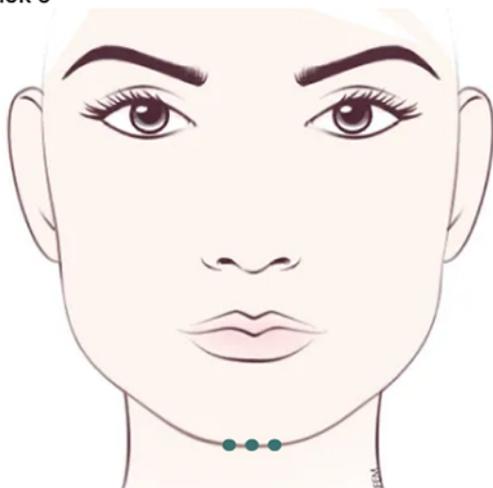


Рис. 6. Схема коррекции «квадратной» формы подбородка с целью феминизации нижней трети лица

Схема коррекции представлена на **рис. 3**.

Поскольку у некоторых женщин с мезиальным прикусом подбородок имеет более квадратную форму, что так же, как и выдающаяся вперед нижняя челюсть, придает мужественность, в некоторых случаях мы прибегаем к сочетанной методике — увеличению губ и легкой коррекции формы подбородка с целью придания лицу феминности (**рис. 4, 5**).

В данном случае коррекция губ проводится по аналогичной схеме (см. **рис. 3**), препарат распределяется в объеме 0,7 мл на губы и 0,3 мл на подбородок.

Коррекция подбородка проводится в 3 болюса супрапериостально по 0,1 мл на вкол по центральной линии и на 1 мм латеральнее от центральной линии с двух сторон (**рис. 6**).

После косметологической коррекции пациенты отмечают, что смягчение черт повлияло не только на

самоощущение, но и на восприятие другими людьми. Более мягкая и женственная нижняя треть лица способствовала более чуткому отношению окружающих и более легкому налаживанию социальных контактов.

Гармонизация лица у пациентов с дистальным прикусом

Следующая разновидность аномалии прикуса — дистальный, или прогнатический, обусловленный недостаточным развитием нижней челюсти или чрезмерным развитием верхней. Этот вид аномального прикуса характеризуется выступанием верхних передних зубов вперед относительно нижних. При таком прикусе нижняя треть лица непропорциональна остальным за счет маленького подбородка, отмечается западение нижней губы, а верхняя губа может оттопыриваться или слишком сильно выдаваться вперед.

Профиль лица нарушается за счет изменения шейно-подбородочного угла и дефицита объема костных структур подбородка. Зачастую пациенты с данным типом прикуса жалуются на наличие «второго подбородка», патогенез образования которого обусловлен особенностью крепления платизмарных тяжей и подъязычной мышцы.

При анализе внешних черт лица с дистальной окклюзией с помощью физиогномики создается впечатление нерешительности, осторожности, неуверенности, застенчивости, даже если его обладатель в этот момент злится или, наоборот, радуется [5, 6].

В молодом возрасте для гармонизации лица с прогнатией достаточно провести контурную пластику подбородка или сочетанную контурную пластику губ и подбородка.

Рассмотрим несколько клинических примеров.

В случае если объем губ полностью удовлетворяет пациента, а нижняя челюсть смещена в дистальной плоскости незначительно, достаточно провести изолированную контурную пластику подбородка. Для коррекции предпочтителен филлер на основе гиалуроновой кислоты с высоким G-prime.

Филлер вводится болюсно супрапериостально в 3 точки по центральной линии, игла направлена снизу вверх под углом 45 градусов, что позволяет «вытянуть» визуально подбородок как вниз, так и вперед. Чтобы избежать усугубления нечеткости контуров нижней челюсти и дефицита объема в зоне мандибулярной связки, препарат вводится также и в зону проекции мандибулярной связки. Техника введения — линейно-ретроградная (рис. 7).

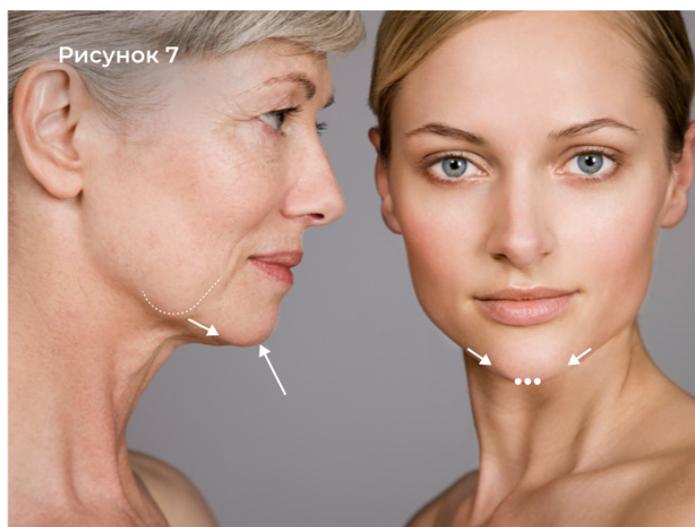


Рис. 7. Схема контурной пластики зоны подбородка и мандибулярной связки при дистальном прикусе



Рис. 8, 9, 10. Клинический пример до и после контурной пластики зоны подбородка и мандибулярной связки у пациентов с дистальным прикусом

Количество препарата определяется индивидуально в зависимости от выраженности дефицита костных структур. На мой взгляд, за одну коррекцию не стоит использовать более 1 мл препарата, так как тканям нужна постепенная адаптация к новому объему. В случае необходимости проводится повторная коррекция через 2 и более недели.

Контурная пластика зоны подбородка у пациентов с дистальным прикусом не только помогает нам создать гармоничные пропорции лица, но и придает четкий контур и эффект лифтинга (рис. 8–10).

В случае с прогнатическим прикусом не стоит прибегать к изолированной коррекции губ, потому что большой объем губ только подчеркнет анатомически задвинутую назад челюсть и дефицит в зоне подбородка. Поэтому для таких пациентов необходима комплексная коррекция, включающая не только контурную пластику губ, но и зоны подбородка.

В данном случае к нам обратилась пациентка с уже проведенной контурной пластикой губ, объем которых ее устраивал. Проведя коррекцию зоны подбородка филлером по схеме, представленной на рис. 7, мы добились значительного



Рис. 11, 12. Гармонизация пропорций лица у пациента с прогнатией с помощью контурной пластики подбородка

улучшения и гармонизации образа в целом. Лицо стало смотреться намного более пропорционально, как только мы компенсировали анатомический дефицит подбородка (рис. 11, 12).

Учитывая, что процессы птоза у пациентов с прогнатией происходят быстрее, одних только инъекционных методов для полноценной визуальной коррекции может быть недостаточно.

В случае если возрастные процессы только начинаются, а подкожно-жировая клетчатка не гипертрофирована, мы прибегаем к сочетанию процедур игольчатого RF-лифтинга и контурной пластики. Это позволяет не только «закамуфлировать» проблему, но и простимулировать выработку коллагена, сократить кожный лоскут и укрепить связочный аппарат для профилактики птозирования тканей (рис. 13, 14).

Пациенту, представленному на рис. 13, 14, был составлен комплексный протокол, включающий 4 процедуры биорепарации на основе полидезоксирибонуклеотидов 20 мг/мл, чередуя с 2 процедурами микроигольчатого RF-лифтинга, глубина воздействия по нижней и средней трети лица — 2,5 и 1,0 мм, в верхней трети лица — 1,0 мм. Процедуры проводились с интервалом в 2 нед, после чего проведена контурная пластика зоны подбородка по схеме (рис. 7).

Однако чаще всего при прогнатии наблюдается деформационно-отечный тип старения, который сопровождается образованием носогубных складок, выраженных брылей, губоподбородочных морщин и второго подбородка. Для полноценной коррекции стоит прибегнуть к поэтапной сочетанной коррекции.



Рис. 13, 14. Результат сочетанного протокола, включающего процедуры биорепарации, игольчатого RF-лифтинга и контурной пластики подбородка, у пациента с прогнатией

Как правило, первым этапом мы проводим аппаратный ультразвуковой SMAS-лифтинг с целью компактизации поверхностных жировых пакетов и условной репозиции тканей. Это позволяет сократить объем подкожно-жировой клетчатки и «облегчить» овал лица, придав ему более четкие очертания.

В зависимости от объема подкожно-жировой клетчатки при проведении ультразвукового SMAS-лифтинга в зоне нижней и средней трети лица используются датчики 4,5 и 3,0 мм с мощностью 1,5–1,9 Дж. Количество линий 300–600.

Вторым этапом проводится контурная пластика подбородка и восполняется дефицит объема по центральной линии и в зоне мандибулярной связки (рис. 15–18).

Уменьшая проявлениептоза мягких тканей и восполняя дефицит объема костных структур нижней челюсти, врач-косметолог не только придает лицу более пропорциональный гармоничный вид, но и формирует визуальное восприятие пациента другими людьми как более уверенного, успешного, активного.

Заключение

Благодаря инъекционным и аппаратным процедурам в зоне нижней трети лица у пациентов с особенностями прикуса повышается уверенность в себе и удовлетворенность собственной внешностью, а также улучшается психоэмоциональное состояние, что способствует более легкой коммуникации с другими людьми.



Рис. 15 ,16, 17, 18. Результат сочетанного протокола, включающего процедуры ультразвукового SMAS-лифтинга и контурной пластики подбородка, у пациента с прогнатией

В научных работах описано особое психологическое состояние людей с эстетическими стоматологическими проблемами, так называемый «синдром неудачника», которое проявляется в том, что в любом начинании люди не рассчитывают на успех. В таком случае у пациентов, не готовых к ортодонтическому лечению, косметологическая коррекция нижней трети лица имеет как эстетический, так и психотерапевтический эффект и большое социальное значение [7].



Литература

1. **Moradi A., Shirazi A., David R.** Nonsurgical Chin and Jawline Augmentation Using Calcium Hydroxylapatite and Hyaluronic Acid Fillers. *Facial Plast Surg* 2019; 35(2): 140–148.
2. **Юцковская Я.А., Сатыго Е.А., Николаев А.В. и др.** Консенсус по алгоритму комплексной оценки и коррекции нижней трети лица. *Пластическая хирургия и эстетическая медицина* 2023; (3): 93–109.

3. **Арзумян А.Г., Фомина А.В.** Изучение распространенности и структуры зубочелюстных аномалий среди детей и подростков. Вестник новых медицинских технологий 2019; 26(1): 14–18.
4. **Митин Н.Е., Тихонов В.Э., Абдиркин М.Д., Андрейцева Е.И.** Влияние аномалий и деформаций зубочелюстной системы на психоэмоциональное состояние человека. Здоровье и образование в XXI веке 2019; 19(10): 37–39.
5. **Курцевляк В.И.** Ортодонтия. Харьков: Крокус, 2006. С. 171–230.
6. **Хайдаров У.С.** Как прикус влияет на внешний вид и старение. В кн.: Стоматология славянских государств: сборник трудов XII Международной научно-практической конференции. Белгород: Белгородский государственный национальный исследовательский университет, 2019. С. 378–381.
7. **Мансур Ю.П.** Оценка качества жизни взрослых пациентов с ортодонтической патологией: дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2014. 152 с.

Яцкова И.В.

SMART-технологии, или поиск совершенного подхода к мужской красоте

Современный образ жизни требует от мужчин не только профессионального роста, но и ухоженного внешнего вида. Современные методики аппаратной косметологии и эстетической медицины предоставляют возможность деликатного преображения без необходимости длительной реабилитации, что особенно актуально для занятых людей. В статье представлен кейс пациента, где, исходя из его пожеланий и жалоб, основываясь на комплексном обследовании и сборе анамнеза, рассмотрен выбор методик, а также показана их эффективность в достижении желаемого результата.

Ключевые слова: SMART-технологии, высокоинтенсивный фокусированный ультразвук, SMAS-лифтинг, LED-терапия, ультразвуковой пилинг, микротоковая терапия

Актуальность проблемы

Современный образ жизни требует от мужчин не только профессионального роста, но и ухоженного внешнего вида. Современные методики аппаратной косметологии и эстетической медицины предоставляют возможность деликатного преображения без необходимости длительной реабилитации, что особенно актуально для занятых людей.

Хочу предложить реальный кейс мужчины, где, исходя из пожеланий и жалоб, с полного согласия пациента и доверия к моему подходу, основываясь на комплексном обследовании и сборе анамнеза, рассмотрю выбор методик, а также их эффективность в достижении желаемого результата.

Яцкова Ирина Вячеславовна

Кандидат медицинских наук,
врач-косметолог, дерматолог,
нутрициолог, главный
врач клиники лазерной
косметологии «Талисия 540»,
Красная Поляна, врач-эксперт
клиники интеллектуальной
косметологии Skin Expert,
Сочи

Основная часть

ПАЦИЕНТ

Итак, в октябре 2023 г. ко мне на прием в клинику «Талисия» обратился пациент Александр. На момент обращения основные жалобы: «упало лицо», «висячий подбородок», неровность кожи лица, сероватый цвет лица, темные круги под глазами, морщинки, лишний вес, большой живот.

Пациент высказал пожелание деликатного, незаметного омоложения лица, без уколов и боли. Интересовали индивидуальные программы здоровья с минимальным посещением клиники. Александр согласился на дополнительные обследования и визуальную публикацию процесса преображения и результатов.



Фото 1, 2. Пациент при первом визите

ОБЪЕКТИВНЫЙ СТАТУС

Рост — 198 см, вес — 121 кг, комбинированная кожа, прямоугольный изотип лица, смешанный морфотип (мезоморф + эктоморф) по Шелтону, деформационный тип (по Кольгуненко) физиологического старения, 3А класс (по Пановой О.С) инволюционных изменений кожи лица, птотический/гипертрофический по Фундаро Сальваторе, 2-й тип старения орбитальной области по Хестер, птоз 2-й степени, усталый симптомокомплекс, недифференцированная дисплазия соединительной ткани (нДСТ) средней степени (**фото 1, 2**) [1].

ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ

Из сопутствующих соматических заболеваний выявлено: варикозная болезнь периферических вен 2-й стадии, хронический гастрит, гипертоническая болезнь 1-й стадии, посттравматические атрофические рубцы после множественных операций на органах брюшной полости в 2015–2016 гг., эндоваскулярная лазерная коррекция вен нижних конечностей в 2021 г., грыжи межпозвоноковых дисков, плоскостопие.

Одним из ключевых моментов в выборе маршрутной карты здоровья и красоты Александра стал тест My Beauty — это генетический паспорт, который позволяет изучить влияние генов на строение и функциональные характеристики кожи и особенности внешнего проявления возрастных изменений. Анализ показал снижение уровня антиоксидантной защиты, в частности основных компонентов — супероксиддисмутазы, каталазы, глутатионпероксидазы, которые с возрастом изнашиваются, что ведет к снижению их ресурса (**фото 3**).

Поэтому в этапах подготовки и реабилитации акцент сделан на микротоковой терапии с целью улучшения микроциркуляции тканей, лимфодренажа продуктов жизнедеятельности, создание благоприятных условий для формирования структурных белков кожи.

Другим важным диагностическим методом стал иммуноферментный тест, который помог исключить из питания продукты, вызывающие воспаление в тканях и мешающие нормальному физиологическому функционированию кожи. Это позволило улучшить общее состояние кожи, снизить вес и уменьшить контуры тела (**фото 4**).

На первой консультации я использовала скрининговую анкету-диагностику для выявления нДСТ в косметологической практике [2]. У пациента было выявлено 14 баллов из 30 — это средняя степень нДСТ (**фото 5**).

Результаты генетического анализа

Ф.И.О.: Александр
Пол: Мужской
Номер анализа: 2002

Группа	Ген	Синоним	Активность
Мезодермальная целостность кожи	COL1A1	r1903012 C>T	Normal / High
	MMP1	r1078780 G>A	Normal / Normal
	ELN	r1022928 A>G, r1078780 G>T	Normal / Normal
Гиперэластичность	AGER1	r1305020 C>C	Normal / Normal
	TCF7L2	r1223152 G>T	Normal / High
	GLUT2	r101400 C>C	Normal / Normal
Упругость и эластичность	ADP3	r1227281 G>G	High / High
	FLG	r10436181 G>C	Normal / Normal
Фотостарение	TYR	r1150250 G>A	Normal / High
	MC1R	r12220992 C>C	Normal / Normal
	MC1E	r10430402 C>C	Normal / Normal
	RSO1	r10100141 G>C	Normal / Normal
Антиоксидантная защита	SOD2	r118880 C>C	High / High
	CAT	r10230191 G>A	Normal / High
	GPX1	r11040816 C>T	Normal / High
	NO3E1	r10430261 C>C	Normal / Normal
Воспалительные процессы в коже	IL1B	r1150884 G>A	Normal / High
	IL4	r10430780 G>C	Normal / High
	TNFA	r10430428 G>G	Normal / Normal
	IL13	r10230141 G>C	Normal / High
Вослесть	AN	r12207750 C	Normal
	EDA2B	r11043099 C	Normal
	FOXK2	r10430444 T>C	Normal / High
	NO3A9	r10430781 G>G	Normal / High
Витамины	BCMO1	r12204022 A>T	Normal / High
	VDR	r11043049 G>C	Normal / Normal
	APC4B	r10430183 C>C	Normal / High
	ALXN	r10430438 T>T	Normal / High
	MTNR1B	r10430123 C>C	Normal / Normal
	PLGF2	r10430464 A>C	Normal / High
SLC22A1	r10430214 G>C	Normal / Normal	

Фото 3. Результаты генетического анализа

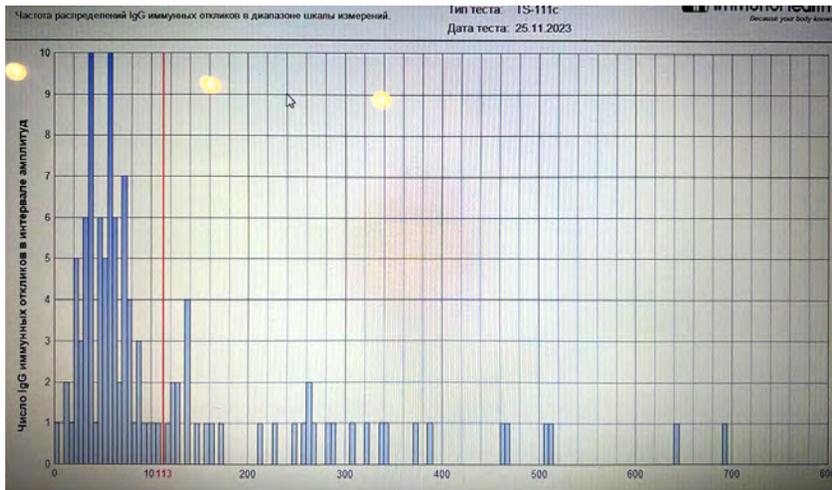


Фото 4. Иммуноферментный тест

Для выбора верной глубины воздействия технологии высокоинтенсивного фокусированного ультразвука (HIFU) провели ультразвуковое исследование (УЗИ) мягких тканей лица, где точно определила индивидуальные особенности структуры кожи и подобрала оптимальные параметры воздействия (фото 6, 7).

Была рекомендована сдача метаболического статуса для исключения скрытых воспалений, уровня гемоглобина, нарушения обменных процессов, витамина D [25(OH)D₃]. Это также один из элементов моего интегрального подхода, который обеспечивает всестороннюю заботу о внешней индивидуальности, качестве жизни и улучшении ее прогноза. Результат был



Фото 6. УЗИ мягких тканей лица пациента

Таблица 1. Скрининговая анкета по выявлению ИДСТ в косметологической практике

Параметры	Клинический признак	Число баллов
Тест на кожную гиперрастяжимость	Безболезненное натяжение кожи (3 см) на тыльной стороне кисти, лбу, локтевых суставах, боковых концах ключиц и кожной складке на кончике носа	Нет - 0 Да - 3 ✓
Тест на хрупкость капилляров	Щипковая проба/жгутовая проба положительные - синяки, акимозы и петехии	Нет - 0 Да - 3 ✓
Характеристика кожи	Тонкая, легкоранимая, просвечивающая, сухая, впади и рыхлая структура кожи	Нет - 0 ✓ Да - 2
Регенерация кожи	Заживление кожи после травмы нарушено (снижено)	Нет - 0 Да - 2 ✓
Рубцы	Атрофические стрии, не связанные с беременностью или изменением массы тела, келоидные рубцы.	Нет - 0 ✓ Да - 3
Инволюционные изменения кожи	Специфический кожный симптом — особый вид заживления кожи в виде «папиросной бумаги»	Нет - 0 Да - 2 ✓
Отсутствие арковыраженного лифтинг-эффекта	Раннее появление морщин и складок, наиболее выраженные носогубные складки и носослезные борозды, реже морщины в области глаз и морщины в области лба	Нет - 0 Да - 2
Оценка неправильного прикуса	Постановка нитей, контурная пластика малоэффективны. Через непродолжительное время эффект от процедур минимальный	Нет - 0 ✓ Да - 2
Оценка мобильности суставов	Возможность отогнуть назад пятый палец кисти в ладно-фаланговом суставе более чем на 90°	Да - 2 для двух рук, 1 - для одной руки Нет - 0
Оценка органов зрения	Есть нарушения органа зрения (миопия, астигматизм, косоглазие и др.)? «Нет» - 0 «Да» - 1	Нет - 0 ✓ Да - 1
Оценка опорно-двигательной системы	Есть «натоптashi» на тыльной поверхности стоп? Нет - 0 Да - 1 Есть признаки плоскостопия? Нет - 0 Да - 2 ✓ Есть искривление позвоночного столба (сколиоз)? Нет - 0 Да - 3 ✓	Нет - 0 ✓ Да - 1 Нет - 0 Да - 3
Оценка ушных раковин	«Ломанье» ушных раковины Большие торчащие уши	Нет - 0 ✓ Да - 1 Нет - 0 Да - 1 Да - 1

Фото 5. Скрининговая анкета [2]

Клиника Эстетическая Сети
 ООО "Финика Бюти" С.Омск ул.Дальнего телефон/факс: (8613)
 Прядельники - латка субила, аэроформе Куполообразно - КТ, www.aosni.club23-
 2998241
 06.11.2023
 Ультразвуковое исследование мягких тканей (одна ан зона)
 ВРАЧ: УЗД Вихарева Марина Витальевна Ученая степень:
 Категория: Александр [redacted]
 ПАЦИЕНТ: 03.09.1981
 Дата рождения: 1406812
 Мед. карта №:
 ЛИНЕЙНЫЙ:
 Название ультразвуковой диагностической системы: VERSANA Premi
 Тип датчика с указанием его диапазона частот: 12L 7,5-10 МГц
 При сканировании мягких тканей лица толщина подкожного жирового параллельно скуловой дуге до 5,3-6,0 мм справа и 5,2-5,8 мм слева.
 На уровне ключевой ямки справа толщина 8,2мм слева 8,3мм
 Поднижнечелюстная область срединно 6,6мм, справа до 7,6мм, слева
 1 Данное исследование не является медицинской услугой. Для интерпретации обратитесь к лечащему врачу.
 Подпись врача: [Signature]
 дата и время проведения исследования: 06.11.2023

Фото 7. Заключение ультразвукового исследования пациента



Фото 8. Результаты анализа метаболического статуса пациента

в пределах референсных значений, за исключением витамина D (проведена коррекция) (**фото 8**).

Обсуждая маршрутную карту преобразования моего пациента, использовала навыки коучинга по системе SMART-постановки цели, а именно:

S (Specific) — конкретная: какие изменения лица и тела я хочу?

M (Measurable) — измеримая: как мы поймем, что достигли результата?

A (Achievable) — достижимая: какого результата ожидаем?

R (Relevant) — согласованная: встраивается ли процесс в мою жизнь?

T (Time) — ограниченная по времени: к какому времени я хочу результата?

Исходя из вышеизложенных данных, предложила график выполнения процедур, тайминг посещений, цену вложений в красоту и здоровье, временные рамки достижения результата и получила одобрение пациента по всем позициям.

Итак, за 4 мес, начиная с ноября и до февраля, Александр посетил клинику 12 раз. Время визита выбирали в его выходной день.

2 процедуры выполнили комбинированные из расчета 120 мин на визит (УЗ-чистка, микротоки, SMAS-лифтинг по технологии HIFU, фракционный фототермолиз по технологии SmoothLifting).

3 процедуры — комбинированные (УЗ-чистка лица, микро-токовая терапия, фракционный фототермолиз по технологии SmoothLifting) — 60 мин.

6 процедур — монопроцедуры микро-токовой терапии — 30 мин.

RSL-скульптурирование — компрессионный вибромассаж в сочетании с LED-терапией красным светом (600–650 нм), после снижения веса (январь-февраль) 8 процедур 1 раз в неделю по 30–40 мин с целью улучшения контуров тела, лимфодренажа, упругости кожи.

Исходя из пожеланий и запроса Александра, рекомендовала диету FaceLift, где основой являются естественные источники незаменимых омега-3, которые защищают от воспалительных процессов и увеличивают активность клеток; ягоды, зеленые овощи как источники антиоксидантов в поддержку генетически возможных нарушений в этом звене; исключение продуктов с высоким гликемическим индексом, которые ускоряют старение.

В меню питания были включены разрешенные продукты, согласно результатам теста Иммунохелс (**фото 9**).

На весь период был рекомендован специализированный домашний уход. Отдельное средство для области вокруг глаз, в которое входили 3 формы ретинола для улучшения метаболического состояния и коллагеностимуляции и противоотечный комплекс пептидов. Для всей поверхности лица — крем с инкапсулированным ретинолом и антиоксидантами, поддерживающими неокла-гагенез. Эти позиции ежедневно помогли усилить и в перспективе поддерживать результат.

Элиминационная диета. Таблица №2

Исключить из рациона запрещённые продукты из «красного» списка.
На время противовоспалительной диеты, из «зеленого» списка исключается ряд продуктов, представленных в «жёлтом» списке.



Александр TS-111с 25.11.2023

«КРАСНЫЙ» СПИСОК	«ЖЕЛТЫЙ» СПИСОК	«ЗЕЛЕНый» СПИСОК
МЯСО и ПТИЦА баранина свинина	МЯСО и ПТИЦА курица	МЯСО и ПТИЦА утка индейка кролик говядина
МОЛОЧНЫЕ и ЯЙЦА молочная сыворотка молоко козье сыр чеддер брынза овечья масло сливочное яйцо куриное (желток) яйцо перепелиное сыр швейцарский молоко коровье творог яйцо куриное (белок) йогурт	РЫБА и МОРЕПРОДУКТЫ угорь	ЗЕРНОВЫЕ рожь киноа пшеница ячмень (перловка) гречка кукуруза пшено (просо)
ЗЕРНОВЫЕ рис овёс	ОВОЩИ картофель баклажан капуста цветная тыква / кабачок (смесь) брокколи	ОРЕХИ и СЕМЕНА кунжут миндаль
ОРЕХИ и СЕМЕНА семена подсолнечника орех грецкий арахис	ФРУКТЫ и ЯГОДЫ лимон киви	РЫБА и МОРЕПРОДУКТЫ треска сардины хек креветки тунец лосось паптус форель морская морской язык краб
РЫБА и МОРЕПРОДУКТЫ лобстер кальмар устрицы мидии гребешок		ОВОЩИ помидор чеснок зелёный горошек лук репчатый лук порей оливки авокадо лук зелёный салат латук перец зелёный свёкла красная шпинат огурец капуста белокочанная имбирь петрушка фасоль стручковая чечевица
ОВОЩИ сельдерей маш фасоль зерновая соя морковь		ФРУКТЫ и ЯГОДЫ банан арбуз яблоко апельсин черника, голубика виноград (смесь) клубника клюква персик ананас слива груша финики
ФРУКТЫ и ЯГОДЫ дыня грейпфрут		ПРОЧЕЕ стевия глютен корица
ПРОЧЕЕ сахарный тростник табак горчица какао бобы дрожжи пивные кофе чай чёрный перец чили дрожжи пекарские кандида перец чёрный мёд грибы (смесь) казеин		ПРОЧЕЕ стевия глютен корица

Фото 9. Элиминационная диета, рекомендованная пациенту

Каждая из методик обсуждалась и имела свое назначение и цель. Итак, маршрут преобразования Александра состоял из нескольких этапов.

1 этап

Берем под контроль антиоксидантную защиту, создаем благоприятные условия новым структурным белкам, ждем результатов обследования.

2 процедуры микротоковой терапии лица 1 раз в неделю в режиме лимфодренажа, мощность 1 Вт/см², 25 Гц — 15–20 мин.

2 этап (комбинированный)

Основной этап финального желаемого результата запроса пациента.

Использовала несколько физических факторов и технологий, работая на разных уровнях мягких тканей лица (эпидермис, дерма, подкожно-жировая клетчатка, связочный аппарат фронтальной средней зоны лица).

2а. Ультразвуковая чистка — это базовая процедура очищения, направленная на сужение пор, улучшение цвета кожи.

2б. Микротоковая терапия в режиме улучшения микроциркуляции и лимфодренажа.

2в. SMAS-лифтинг по технологии HIFU выполняли на мягких параметрах (0,4–0,5 Дж в сочетанных техниках) с учетом позволяющей толщины мягких тканей лица: 4,5 мм картридж, 25 мм линия с целью уплотнить жировые пакеты и сделать более выраженные контуры и 1,5 мм картридж, 0,3 Дж — зона лба. Итог: 430 линий.

2г. Провела фракционный фототермолиз с перераспределением тепла по технологии SmoothLifting (7 мм, 8,75 Дж, 6 проходов) со стороны ротовой полости через слизистую поверхность ротовой полости, за счет чего идет работа с соединительнотканными структурами средней трети лица.

3 этап

Поддерживаем антиоксидантную защиту, создаем благоприятные условия для неоколлагеногенеза, нормализуем себорегуляцию, поддерживаем соединительнотканые структуры лица.

3а. Микротоковая терапия в период между процедурами в режиме лимфодренажа и улучшения микроциркуляции — 1 раз в неделю.

3б. УЗ-пилинг лица — 1 раз в месяц для рельефа кожи и себопродукции.

3в. Fotona-SmoothLifting (см. протокол выше) 1 раз в месяц после комбинированного этапа.

4 этап

Комбинированная процедура (см. протокол выше: 2а, 2б, 2г).

4в. SMAS-лифтинг по технологии HIFU, 4,5 мм, 0,3–0,4 Дж, 313 линий, в средней зоне лица, для уплотнения жировых пакетов лица и создания более четкой структурной его формы.

5 этап

Создаем благоприятные условия для формирования структурных белков, улучшаем микроциркуляцию и дренаж в тканях.

Микротоковая терапия (см протокол выше) 3 процедуры 1 раз в неделю.

6 этап (завершающий)

Формируем контуры тела.

Компрессионный вибромассаж в сочетании с LED-терапией красным светом. Массаж выполняли со скоростью 120 Гц в режиме высокой чувствительности манипулы к усилию воздействия на тело пациента, а также в режиме реверсного вращения роллера 20 с частотой вращения 450 об./мин. На протяжении всей процедуры была включена функция LED-терапии с длиной волны 640–650 нм для усиления микроциркуляции, оксигенации и трофики тканей тела. Результатом планировалось повысить упругость кожи после снижения веса. 6–8 процедур, 1 раз в неделю, январь-февраль.

В результате проведенных процедур пациент получил комфортное состояние при проведении терапии; положительные эмоции результатов внешнего преображения, отсутствие болевых ощущений в моменте визита. Был соблюден тайминг посещений, который встроился в обычный график жизни Александра.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты проведенного лечения представлены на **фото 10–15**.

Выводы

1. Комплексный Подход

Индивидуальный подход к каждому пациенту — ключ к успешному результату.

2. Технологии

Использование современных комбинированных аппаратных технологий значительно улучшает эффект от процедур.

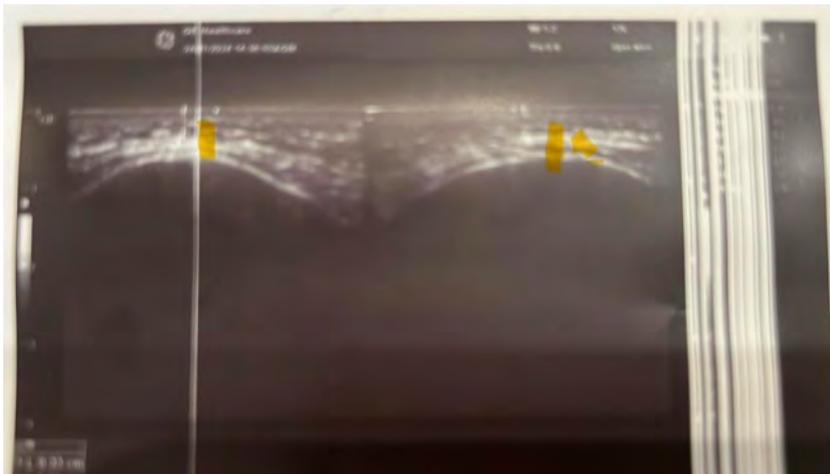


Фото 10. УЗИ пациента после курса терапии. Наблюдается уплотнение подкожно-жировой клетчатки в 2 раза (было 6,0 — стало 3,0!)



Фото 11. Заключение ультразвукового исследования пациента после курса лечения



Фото 12. Пациент до и после курса лечения: улучшение контуров, текстуры и цвета кожи



Фото 13. Пациент до и после курса терапии. Результат лечения: вес — 106 кг (–15 кг), объем талии — 113 см (–16 см)



Фото 14. Степень удовлетворенности пациента результатами лечения

3. Генетический анализ

Генетический анализ позволяет максимально точно подобрать процедуры и уход.

4. Эффективность

Комбинация различных методик позволяет достичь комплексного эффекта омоложения и коррекции фигуры.

5. Диета

Правильное питание значительно усиливает эффект от косметологических процедур.

6. Домашний Уход

Ежедневный уход дома критичен для поддержания долгосрочного результата.

7. Индивидуальный подход

Каждый этап лечения должен быть адаптирован под индивидуальные особенности пациента.

8. Образ жизни

Изменения в образе жизни, включая диету и уход за кожей, необходимы для достижения оптимального результата.

9. Профилактика

Регулярные визиты.

В заключении хочу отметить, что SMART-подход и комбинированные аппаратные технологии в решении запроса

на деликатное мужское преобразование с интеграцией заботы о здоровье в целом не только позволяют достичь желаемого результата, но и способствуют улучшению самочувствия и долговременному результату.

Достижение гармонии внешнего вида и здоровья оказались достижимы благодаря содружеству и активному содействию врача и пациента.

Список литературы

1. Другие атрофические изменения кожи: клинические рекомендации. Минздрав России, 2023. https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_439735/5f081ec6bca20f299f3632a668ec044066ff8045/
2. **Свечникова Е.В., Моржанаева М.А., Горская А.А., Максимова Ю.В.** Протоколы коррекции признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани с помощью аппаратных и инъекционных методов у пациентов косметологического профиля. Медицинский совет 2023; 17(2): 15–25.
3. **Smith J., et al.** Genetic markers of skin aging and their implications for personalized cosmetics. Journal of Dermatological Science, 2019.
4. **Brown A., et al.** Immunoenzymatic analysis of dietary effects on skin inflammation. Journal of Cosmetic Dermatology, 2020.
5. **Johnson M., et al.** Ultrasound assessment of facial soft tissues for personalized cosmetic procedures. Aesthetic Plastic Surgery Journal, 2018.
6. **White S., et al.** Innovative approaches to non-invasive body shaping. Journal of Aesthetic Medicine, 2021.
7. **Ли С.Б., Лим А.Р., Рах Д.К. и др.** Модуляция белка теплового шока 90 влияет на TGF-β-индуцированный синтез коллагена в клетках фибробластов кожи человека. Тканевая клетка 2016; 48(6): 616–623.
8. **Иконникова Е.В., Стенько А.Г., Круглова Л.С.** Недифференцированная дисплазия соединительной ткани в дерматологической и косметологической практике (клинический случай). Медицинский алфавит 2019; 2(26): 29–33.