

Лазерное омоложение кожи как вариант эстетической блефаропластики

А. Е. Белоусов, доктор медицинских наук, пластический хирург,
И. А. Куприна, врач-дерматокосметолог,

Центр пластической и реконструктивной хирургии,
Санкт-Петербург, Россия

1 ВВЕДЕНИЕ

Образование морщин кожи нижних век – одно из заметных проявлений процессов старения лица. Именно кожные морщины периорбитальной зоны чаще всего являются основной жалобой пациентов и объектом вмешательства пластических хирургов и терапевтов-косметологов. В данной статье анализируется опыт авторов в решении этой проблемы путем лазерного омоложения кожи (ЛОК).

А. Е. Белоусов и И. А. Куприна. *Лазерное омоложение кожи как вариант эстетической блефаропластики | Пластическая хирургия и косметология. 2009(0):-PPP*

На основании опыта выполнения 238 операций с использованием эрбиевого лазера авторы сформулировали ряд положений:

1. Лазерное омоложение кожи (ЛОК) нижних век с использованием эрбиевого хирургического лазера является современным способом нижней кожной блефаропластики, который отличается высокой эффективностью коррекции морщин и устранения микроизбытков кожи нижних век.
2. Продолжительность омолаживающего эффекта лазерной шлифовки кожи нижних век зависит от толщины кожи, выраженности возрастных изменений тканей и интенсивности (глубины) лазерного воздействия.
3. Стабильность результатов операции повышается с увеличением толщины кожи пациента. Период очевидного омоложения кожи минимален у пациентов с тонкой кожей (несколько месяцев), составляет в среднем около 1,5 лет и может достигать нескольких лет.
4. В абсолютном большинстве случаев метод ЛОК нижних век позволяет отказаться от способа нижней кожной блефаропластики как метода коррекции кожных морщин и микроизбытка кожи. Метод лазерной шлифовки кожи хорошо сочетается с операциями нижней блефаропластики и лифтингом тканей лица.

Ключевые слова:

блефаропластика, лазерная шлифовка, лазерное омоложение лица (ЛОК), Er:YAG-лазер

2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2000 по 2009 год были выполнены 483 омолаживающие операции на лице (хирург – А. Е. Белоусов). в 238 случаях (49,3%) использовался метод лазерного омоложения кожи (ЛОК) нижних век. Косметологическое сопровождение данной группы пациентов обеспечивалось врачом-дерматокосметологом И. А. Куприной.

Распределение пациентов по содержанию операций представлено в **таблице 1**.

A. E. Belousov and I. A. Kuprina. *Laser skin rejuvenation as an option of aesthetic blepharoplasty | Plastic Surgery and Cosmetology. 2009(0):17-PPP.*

Based on the experience of 238 operations performed with the use of erbium laser the authors represented a number of statements.

1. Laser lower-eyelid rejuvenation is an advanced method of lower eyelid blepharoplasty, which is noted for highly efficient correction of wrinkles and removal of redundant skin in the inferior eyelids.
2. The duration of rejuvenating effect of the laser polishing of lower eyelids depends on skin thickness, evidence of age changes in tissue and intensity (depth) of laser impact.
3. Consistency of the surgery results is enhanced with the increase of the patient's skin thickness. The period of evident skin rejuvenation is minimal for patients with thin skin (several months), it is about 1,5 years in average and may last for several years.
4. In absolute majority of cases laser lower-eyelid rejuvenation allows waiving of the method of lower eyelid blepharoplasty as a method of wrinkles and redundant skin correction. Laser polishing method combines well with lower eyelid blepharoplasty and facial lifting.

Key words:

blepharoplasty, laser polishing, laser lower-eyelid rejuvenation, Er:YAG-laserrejuvenation, Er:YAG-laser

Таблица 1. Содержание омолаживающих операций на лице

Содержание омолаживающих операций на лице	Всего операций		Операции, включающие ЛОК нижних век	
	абс	%	абс	%
1 ЛОК нижних век	47	9,7	47	19,8
2 Пластика нижних или (и) верхних век	74	15,3	—	—
3 ЛОК нижних век + пластика нижних или (и) верхних век	50	10,4	50	21,0
4 Лифтинг тканей ± пластика век	171	35,4	—	—
5 ЛОК нижних век + лифтинг тканей ± пластика век	141	29,2	141	59,2
Итого	483	100	238	100

Как видно из таблицы, изолированные операции ЛОК нижних век были выполнены у 47 пациентов (19,8% от всех операций ЛОК). В остальных случаях (191 операция или 80,2% от их общего числа) ЛОК нижних век сочеталось с лифтингом тканей лица (59,2%) и (или) блефаропластикой (21,0%). При комбинации ЛОК нижних век с нижней блефаропластикой (24 пациента) в 54% случаев использовался трансконъюнктивный доступ, в 46% – субцилиарный. По мере накопления опыта частота использования субцилиарного кожного доступа уменьшалась. В последние три года этот доступ практически не применялся.

А. Показания к операциям

Основным показанием к ЛОК были статические и выраженные динамические морщины кожи нижнего века и периорбитальной зоны. Идеальными считали пациентов со значительной или умеренной толщиной кожи 1–3 типов светочувствительности по T.Fitzpatrick [1]. У пациентов с 4-м типом кожи (наиболее склонной к поствоспалительной гиперпигментации) операции ЛОК проводили в основном в темное время года после предварительной подготовки.

Б. Противопоказания

Противопоказаниями к ЛОК считали наличие у пациентов очень тонкой кожи, склонность кожи к гиперпигментации, признаки хронического конъюнктивита, а в светлое время года – значительные масштабы шлифовки кожи (в том числе за пределами нижних век).

В. Техника операций

ЛОК выполняли под общей анестезией, вариант которой определялся содержанием и продолжительностью всего вмешательства. В случае изолированного выполнения лазерного омоложения кожи использовался внутривенный наркоз при самостоятельном

дыхании пациентов. Продолжительность операции лазерного омоложения кожи нижних век составляла от 15 до 30 минут.

При сочетанных вмешательствах (ЛОК нижних век + лифтинг тканей ± блефаропластика) лазерную шлифовку кожи выполняли преимущественно в начале операции, до введения в мягкие ткани орбитальной зоны анестезирующих растворов.

Для ЛОК использовали эрбиевый лазер производства компании Fotona (Словения), модель FIDELIS 320 A Er:YAG с длиной волны 2940 нм.

Состояние поверхности кожи в ходе ее обработки оценивали с помощью бинокулярной лупы при рассеянном освещении (бестеневая лампа). Это позволяло с максимальной точностью перемещать лазерное пятно и оценивать его действие на кожные покровы.

Интенсивность и глубину ЛОК изменяли в зависимости от толщины обрабатываемого участка, а также выраженности кожных морщин. Во всех случаях свидетельством предельной глубины лазерной обработки кожи (до уровня слоя сосудистых петель) было появление точечного капиллярного кровотечения (**рис. 1**).



Рис. 1. Кожа нижних век до (а) и после выполнения лазерной шлифовки (б)

При сочетании ЛОК нижних век с нижней блефаропластикой места выхода шовной нити (после ушивания кожных и конъюнктивных ран) в большинстве случаев располагали за пределами обработанного участка кожи.

Г. Послеоперационный период

Сразу после обработки раневую поверхность кожи временно защищали влажными салфетками, которые в конце операции заменяли солкосериловой мазью, сетчатой вазелиновой повязкой или пенообразным покрытием («Пантенол») (рис. 2). Через несколько часов после вмешательства во всех случаях переходили на обработку зоны лазерной шлифовки мазями («Солкосерил» или «Бепантен»). С целью минимизации воспалительных проявлений в течение периода заживления раневой поверхности кожи (1–2 недели) ее периодически охлаждали с помощью влажных компрессов. Использование мази прекращали по мере заживления раневой поверхности, что происходило в сроки от 5–6 до 10–12 дней в зависимости от глубины лазерной шлифовки.

Обработанные участки кожи после эпителизации приобретали красноватый оттенок в связи с увеличением числа сосудов в поверхностном слое «новой»



Рис. 2. Временное защитное покрытие на обработанной поверхности кожи



Рис. 3. До операции (а) и через 2,5 мес после ЛОК периорбитальной зоны в сочетании с лифтингом тканей лица (б)

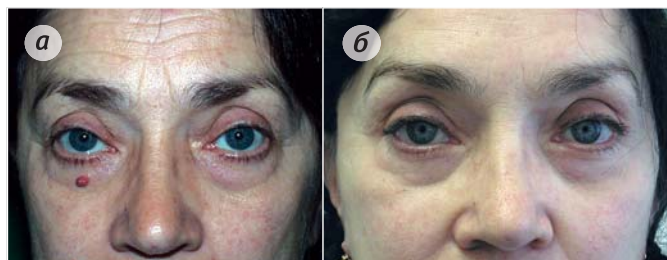


Рис. 4. До операции (а) и через 1 год после чрескожной пластики слезных борозд с одновременным лифтингом тканей лица (б)

кожи. В последующем интенсивность этого оттенка постепенно уменьшалась до полной нормализации цвета. Продолжительность этого периода обычно составляла от 1,5 до 3-х месяцев. В некоторых случаях она увеличивалась до 5–6 месяцев.

После заживления раневой поверхности пациентам разрешали использовать средства косметики. Важным правилом послеоперационного периода была тщательная защита кожи от прямого солнечного излучения (солнцезащитный крем, защитные очки) на срок до полной нормализации цвета обработанного участка кожи.

3 РЕЗУЛЬТАТЫ

Ближайшие результаты операций оценивали после восстановления нормального цвета обработанного участка кожи. Во всех без исключения случаях был отмечен выраженный омолаживающий эффект, включающий:

- уменьшение числа и глубины статических кожных морщин;
- снижение количества и уменьшение выраженности динамических кожных морщин;
- улучшение микрорельефа кожи.

Минимальная продолжительность достигнутого эффекта составляла 8–10 месяцев, что отмечалось у пациентов с очень тонкой кожей. В абсолютном большинстве случаев очевидный эффект ЛОК нижних век прослеживался на протяжении 1,5 лет и больше, а в некоторых наблюдениях достигал нескольких лет (рис. 3–6).



Рис. 5. До операции (а) и через 2,5 года после лифтинга бровей и кожи лба в сочетании с ЛОК нижних век (б)

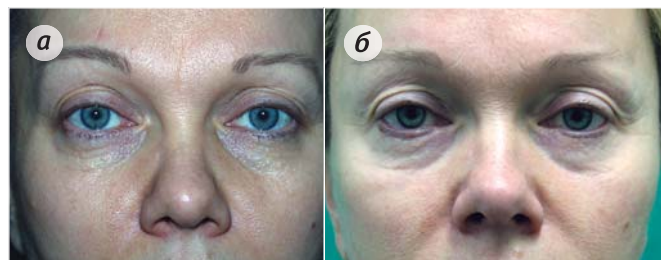


Рис. 6. До операции (а) и через 5 лет после ЛОК периорбитальной зоны в сочетании с лифтингом тканей лица и пластикой верхних век (б)



Рис. 7. До операции (а, б), через 2 мес (в, з) и через 14 мес (д, е) после ЛОК периорбитальной и периоральной зон в сочетании с трансконъюнктивальной пластикой слезных борозд

У многих пациентов главным эффектом лазерной шлифовки было уменьшение выраженности динамических морщин кожи (рис. 7). Эффективность воздействия на морщины кожи любого вида уменьшалась по мере приближения к височной зоне лица, особенно при выраженной расслабленности ее кожи. Соответственно результаты лазерной шлифовки вокруг наружного угла глаза улучшались при сочетании ЛОК с операциями радикального лифтинга бровей и кожи лба.

4 ОСЛОЖНЕНИЯ

Всего зарегистрировано 105 осложнений, связанных с ЛОК нижних век, у 88 пациентов из 238 (в 37,0% наблюдений). Основными зарегистрированными осложнениями ЛОК нижних век были: послеоперационный конъюнктивит, гиперпигментация кожи, аллергический дерматит, образование микроинfiltrатов кожи в местах выхода шовных нитей и инфицирование раневой поверхности (таблица 2). Важно отметить, что ни в одном случае не были отмечены такие осложнения, как стойкое понижение уровня нижнего века и эктропион.

– **Конъюнктивит.** Диагностирован в 14,3% от общего числа операций ЛОК и возникал обычно на 3–5 сутки в результате попадания мази на поверхность глазного яблока. Во всех случаях воспалительный процесс имел умеренно выраженный характер и легко поддавался лечению. В значительной части случаев дополнительными причинами развития конъюнктивита были интраоперационное раздражение (или повреждение при чресконъюнктивальном доступе) конъюнктивы

и возрастное снижение слезовыделительной функции. Аккуратное применение мази в сочетании с местной противовоспалительной терапией давало хорошие результаты.

- **Гиперпигментация кожи** (10,1% от общего числа операций ЛОК). Данное осложнение встречалось преимущественно у пациентов со склонной к гиперпигментации кожей и проявлялось в виде пятен различного размера. Лечение гиперпигментации включало осветляющие кожу процедуры в сочетании с применением отбеливающих кремов и давало положительный результат в сроки до 1–3-х месяцев.
- **Аллергический дерматит.** Местные аллергические реакции той или иной степени выраженности проявились в 8,8% от общего числа операций ЛОК и купировались в результате дополнительно-

Таблица 2. Осложнения после операций лазерного омоложения кожи нижних век

Вид осложнения	Количество осложнений (абс.)
1 Конъюнктивит	34
2 Гиперпигментация кожи	24
3 Аллергический дерматит	21
4 Микроинfiltrаты кожи в местах выхода шовных нитей	15
5 Инфицирование раневой поверхности	11
Всего	105

го лечения (десенсибилизирующая терапия, местное применение кортикостероидов, индивидуальный подбор заживляющих кремов). Несмотря на удлинение и усложнение периода реабилитации, это не оказывало отрицательного влияния на конечный результат операции. В 4-х случаях аллергический процесс продолжался в течение нескольких недель и потребовал продолжительного лечения у терапевта-косметолога.

- **Микроинфильтраты кожи в местах выхода шовных нитей** (6,3% от числа операций ЛОК). Возникли в тех случаях, когда солкосерилловая мазь попадала в кожу в местах выхода шовных нитей (при сочетании ЛОК с нижней блефаропластикой). После удаления нитей инфильтраты быстро исчезали. В одном случае инфильтративные изменения сохранялись более продолжительное время (до 2-х месяцев).
- **Инфицирование раневой поверхности** (4,6% от числа операций ЛОК). В абсолютном большинстве случаев инфицирование затронуло незначительную часть раневой поверхности и встречалось лишь с одной стороны. Признаки воспаления возникали на 5–7 день после лазерной шлифовки и проявлялись более выраженной гиперемией кожи и образованием на раневой поверхности тонких пленок при наличии слабо выраженных неприятных и болезненных ощущений. Общее и местное антибактериальное (противовирусное) лечение позволило во всех случаях быстро купировать инфекционный процесс без существенных последствий.

5 ОБСУЖДЕНИЕ

Понятие «нижняя блефаропластика» объединяет обширную группу операций, выполняемых на тканях нижнего века и периорбиты. Целью этих вмешательств может быть устранение кожных морщин (кожная блефаропластика), улучшение тонуса и рельефа круговой мышцы глаза, коррекция рельефа суборбитальной зоны и др.

Лазерное омоложение кожи – это вид хирургических операций, в ходе которых под влиянием лазерного луча удаляется поверхностный слой кожи, а последующее заживление обработанного участка кожи сопровождается улучшением его микрорельефа за счет снижения числа и глубины кожных морщин [2, 3]. Важную роль в достигаемом результате играет эффект микроподтяжки кожи, возникающий вследствие сокращения ее глубоких слоев под влиянием теплового действия лазерного луча [4].

Однако данный подход сравнительно редко фигурирует в списке вариантов нижней блефаропластики, а основным ее методом (направленным на коррекцию кожных морщин) является удаление «избытка кожи» нижнего века [5, 6]. Между тем, еще в 90-е годы прошлого века была высказана обоснованная практикой точка зрения, в соответствии с которой удаление кожи нижних век нецелесообразно, поскольку истинный блефарохлазис для нижних век не характерен [2, 7–10]. Другим подтверждением этому тезису является и сравнительно высокая частота стойкого послеоперационного понижения уровня нижних век, а в наиболее выраженных случаях – развитие эктропиона [10, 11]. Личный опыт автора свидетельствует о том, что влияние кожной пластики нижних век на выраженность кожных морщин если и проявляется, то всегда носит весьма ограниченный (часто – сомнительный) характер.

Анализ опыта лазерной шлифовки кожи нижних век, выполненной у 238 пациентов, позволяет оценить преимущества и недостатки этого метода коррекции кожных морщин. К **преимуществам ЛОК нижних век относятся:**

- гарантированно хорошие ближайшие (до 1,5 лет) результаты коррекции кожных морщин у большинства пациентов;
- значительная продолжительность эффекта омоложения кожи (до нескольких лет) у пациентов с относительно толстой кожей;
- отсутствие тяжелых осложнений функционального и эстетического характера (при правильном отборе пациентов и грамотном использовании метода);
- простота и непродолжительность операции;
- возможность эффективного сочетания ЛОК нижних век с блефаропластикой и лифтингом тканей лица.

Очевидными **недостатками метода ЛОК являются:**

- существенное усложнение раннего реабилитационного периода (первые 2 недели) при сочетании ЛОК с нижней блефаропластикой и (или) лифтингом тканей лица;
- необходимость тщательного отбора и предоперационной подготовки пациентов;
- необходимость участия в процессе лечения терапевта-косметолога и наличия косметологической базы;
- сравнительно высокая частота местных послеоперационных осложнений, которые в большинстве случаев легко устранялись при адекватном лечении и не повлияли на конечные результаты лечения.

Таким образом, метод лазерной шлифовки кожи нижних век можно с полным основанием считать реальной альтернативой способу нижней кожной бле-

фаропластики, предусматривающему субцилиарный кожный доступ и резекцию кожи нижнего века. В абсолютном большинстве случаев лазерная шлифовка кожи способна в достаточной степени решить проблему коррекции микроизбытка кожи нижнего века при полном отсутствии таких опасных осложнений кожной эксцизии, как стойкое понижение уровня нижнего века и эктропион. За период использования данного метода (последние 10 лет) один из авторов статьи (А.Е. Белоусов) постепенно отказался от удаления кожи нижних век с помощью скальпеля и в последние 4 года применяет субцилиарный доступ лишь в особых случаях (выполнение кантопластики, вмешательства на круговой мышце глаза). Впрочем, при необходимости ЛОК может сочетаться и с использованием субцилиарного разреза. Хотя в этом случае ширина участка отслойки кожи должна быть минимальной, а сама шлифовка допустима лишь за его пределами.

6 ВЫВОДЫ

1. Лазерное омоложение кожи нижних век с использованием эрбиевого хирургического лазера является современным способом нижней кожной блефаропластики, отличающимся высокой эффективностью коррекции морщин и устранения микроизбытков кожи нижних век.
 2. Продолжительность омолаживающего эффекта лазерной шлифовки кожи нижних век зависит от толщины кожи, выраженности возрастных изменений тканей и интенсивности (глубины) лазерного воздействия.
 3. Стабильность результатов операции повышается с увеличением толщины кожи пациента. Период очевидного омоложения кожи минимален у пациентов с тонкой кожей (несколько месяцев), составляет в среднем около 1,5 лет и может достигать нескольких лет.
 4. В абсолютном большинстве случаев метод ЛОК нижних век позволяет отказаться от способа нижней кожной блефаропластики, как метода коррекции кожных морщин и микроизбытка кожи. Метод лазерной шлифовки кожи хорошо сочетается с операциями нижней блефаропластики и лифтингом тканей лица.
2. Matarasso S.L. *Indications for skin resurfacing. In: Coleman WP, Lawrence N ed. Skin resurfacing. Williams & Wilkins Co., Baltimore\ Philadelphia\ London, 1998; 7–16.*
 3. Lawrence N., Coleman W.P. *Combining skin resurfacing modalities. In Coleman WP, Lawrence N ed. Skin resurfacing. Williams & Wilkins Co., Baltimore\ Philadelphia\ London, 1998; 205–216.*
 4. Cox S.E., Cockerell C.J. *Skin response to laser resurfacing. In Coleman WP, Lawrence N ed. Skin resurfacing. Williams & Wilkins Co., Baltimore\ Philadelphia\ London, 1998; 143–153.*
 5. Малаховская В.И., Абдулмаджидова А.С., Висаитова З.Ю. *Тактика хирургической коррекции возрастных изменений средней зоны лица. АПРЭХ, 2009; 1:19–26.*
 6. Грищенко С.И. *Эстетическая хирургия возрастных изменений век. – М. «Медицина», 2007; 216.*
 7. Атье Б., Хайек С. *Омоложение средней зоны лица путем сочетанного освобождения Arcus Marginalis, подтяжки пресептальной порции круговой мышцы глаза и пликациии SOOF. Эстетическая медицина, 2006; (5)4:495–501.*
 8. David L.M., Goodman G. *Blepharoplasty for the laser dermatologic surgeon. Clin Dermatol, 1995; 13(1):49–53.*
 9. Goldman G. *Combined laser resurfacing and blepharoplasty. In Coleman WP, Lawrence N ed. Skin resurfacing. Williams & Wilkins Co., Baltimore\ Philadelphia\ London, 1998; 245–275.*
 10. Perkins S.W., Dyer W.K., Simo F. *Transconjunctival approach to lower eyelid blepharoplasty. Experience, indications, and technique in 300 patients. Acta Otolaryngol Head Neck Surg, 1994; 120 (2):172–177.*
 11. Weinberg D.A., Baylis H.I. *Transconjunctival lower eyelid blepharoplasty. Dermatol Surg, 1995; 25(5):407–410.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Fitzpatrick T.B. *The validity and practicality of sun reactive skin types I through IV. Arch Dermatol, 1988; 124:869–871.*

«Лазерное омоложение кожи как вариант эстетической блефаропластики»

А. Е. Белоусову и его ответы

1. ВОПРОС. *«Последние 3 года субцилиарный доступ почти не применялся...» в связи с чем? не было пациентов с большими избытками кожи или ЛОК способно ликвидировать большой дерматохалазис?*

— Последние 3 года субцилиарный доступ применялся у единичных пациентов пожилого возраста, имевших помимо избытка кожи века другие существенные и более сложные проблемы (значительную гипотонию круговой мышцы глаза, низкий уровень нижнего века в сочетании с синдромом «сухого глаза» и пр.). У пациентов этой группы с весьма неблагоприятным исходным фоном истинный блефарохалазис не являлся доминирующей жалобой. Его коррекция путем изолированного выполнения ЛОК основных проблем пациента не решала, а добавление ЛОК к серьезному вмешательству на нижних веках способно существенно усложнить и без того непростой послеоперационный период. С точки зрения автора, чем более выражены у пациента проблемы нижних век (и глаз в целом), тем более осторожной должна быть тактика хирурга. Возможны и исключения из этого правила.

2. ВОПРОС. *Что, кроме удаления жировых пакетов, включала операция «трансконъюнктивальная блефаропластика»?*

— Трансконъюнктивальная блефаропластика, как правило, включала в себя уменьшение объема жировых выпячиваний или их транспозицию на область «носо-слезных борозд».

3. ВОПРОС. *Как обрабатывали места выхода швов для профилактики инфильтратов?*

— Место выхода шовной нити на поверхность кожи (послойный непрерывный шов рану нитью пролен 5\0) со временем стали заклеивать маленькими полосками пластыря. Это предупреждало попадание мази внутрь и развитие воспалительного процесса.

4. ВОПРОС. *Лазерная обработка кожи век требует большей осторожности, чем обработка других участков кожи. Каковы были параметры лазерного воздействия и как они менялись в зависимости от толщины кожи?*

— Автор использовал следующие параметры лазерного воздействия на кожу нижних век:

- режим импульса — короткий;
- частота импульсов — 6–15 Гц;
- энергия импульса — 200–300 мДж.

На участках более тонкой кожи энергию импульса уменьшали.

5. ВОПРОС. *В статье отмечено: «...микротяжка кожи, возникающая вследствие сокращения ее глубоких слоев под влиянием теплового действия лазерного луча». Как известно, Er:YAG обладает минимальным тепловым эффектом. Большой тепловой эффект характерен для CO²-лазера. В каких случаях следует отдать предпочтение поверхностной абляции, а в каких — поверхностному термическому ожогу?*

— Тепловой эффект Er:YAG лазера «минимален» только в сравнении с углекислотным лазером. На самом деле, при определенном режиме лазерной шлифовки тепловое действие луча может быть хорошо выражено и позволяет получить дозированное сокращение кожи. Если сравнивать такую «подтяжку» с полноценным лифтингом тканей лица, то к этому термину вполне уместно добавить приставку «микро-».

Поверхностная абляция (то есть испарение тканей) всегда предпочтительнее термического ожога. Возможность ее достижения и является основным преимуществом ЛОК. При правильном выполнении шлифовки значительная тепловая энергия лазерного луча не успевает распространяться на глубокие слои тканей, поглощается только поверхностным слоем кожи, который и испаряется. Преимуществом такого воздействия является отсутствие значительных альтернативных изменений более глубоких слоев кожи, что характерно для термического ожога.

6. ЗАМЕЧАНИЕ. *Не могу согласиться с тем, что «влияние кожной пластики нижних век на выраженность кожных морщин если и проявляется, то всегда носит весьма ограниченный (часто — сомнительный) характер».*

— Согласен с уважаемым рецензентом. Данная в статье оценка — это упрощение. Оно вынужденное и сделано потому, что короткого ответа на столь сложный вопрос автор дать не может. Понятно, что эффект любой операции чем-то «ограничен», а критерии этой оценки но-

сят совершенно субъективный характер. В данном случае имелось в виду прежде всего то, что после кожной пластики нижних век с использованием субцилиарного доступа (без ЛОК) автору обычно не удавалось получить столь же яркий и продолжительный результат, как после лазерной шлифовки кожи.

7. ЗАМЕЧАНИЕ. *Абсолютно отказаться от резекционной блефаропластики вряд ли получится, поскольку даже автор все время подчеркивает, что ЛОК убирает только микроизбытки кожи.*

— Согласен с мнением уважаемого рецензента. В то же время разница между микро- и макроизбытками

кожи – субъективная. Также как и выбор метода нижней блефаропластики. Если у хирурга нет лазера, он, конечно, будет выбирать из тех методов пластики, которые ему доступны. И с той степенью радикализма (консерватизма), которая для него характерна в текущий момент его профессиональной жизни. В оптимальном случае врач должен быть способен выполнить любое вмешательство на нижних веках, какое потребует клиническая ситуация. Резекция кожи нижних век, безусловно, находится в современном хирургическом арсенале. Когда и в каких масштабах она будет выполняться – это уже дело врача. Как показано в статье, использование ЛОК позволяет хирургу быть и эффективным, и осторожным одновременно.

Отзыв на статью А. Е. Белоусова и И. А. Куприной

«Лазерное омоложение кожи как вариант эстетической блефаропластики»

В. И. Малаховская,

доктор медицинских наук, профессор

Анализ профессиональной деятельности авторов на значительном клиническом материале представляет интерес для практикующих врачей, особенно для тех, кто не соприкасается в своей работе с лазерной шлифовкой кожи (далее – ЛОК) и может оценить возможности метода только по публикациям. Интересно, что именно пластический хирург в своей практике отходит от стандартного иссечения кожи в области нижних век, отдавая предпочтение трансконъюнктивальному доступу и ЛОК. Это отражает направленность наших специалистов на минимизацию рисков, которые существуют при субцилиарном доступе.

Покоряет честность авторов в представлении довольно высокого процента осложнений ЛОК и оценке результатов по длительности эффекта – в ряде случаев 8-10 месяцев.

Для меня, как практикующего хирурга, дискуссионными являются два вопроса.

1. Можно ли рассматривать ЛОК как вариант эстетической блефаропластики?
2. Правомочно ли утверждение о неэффективности субцилиарного иссечения кожи в коррекции морщин?

На первый вопрос мы можем ответить положительно, но для ограниченного количества пациентов (по данным авторов, изолированные операции ЛОК нижних век были выполнены у 47 пациентов, то есть в 19,8% от всех операций ЛОК; в остальных случаях – 191 операция, или 80,2% от их общего числа – ЛОК осуществлялся в комплексе с другими оперативными

вмешательствами). Таким образом, в большинстве случаев данная процедура может рассматриваться только как дополнительная.

Второй вопрос возник в связи с утверждением авторов об отсутствии эффекта коррекции морщин при субцилиарном иссечении кожи. Можно только предположить, что это мнение базируется на опыте применения классического варианта метода. Тогда нельзя не согласиться, что при выполнении этой операции необходимо поддерживать баланс между желанием иссечь как можно больше и вероятностью получить при этом ретракцию нижнего века, а также необходимостью сохранить форму глазной щели. В таких случаях ЛОК является «палочкой-выручалочкой» и в плане безопасности работы хирурга, и в достижении эффекта операции.

Современные модификации нижней блефаропластики, основанные на освобождении орбитальных связок, рациональной коррекции жировых грыж, проведении кантопексии и миопексии, позволяют более успешно решать задачи стабилизации нижнего века и улучшения кожного рельефа за счет как натяжения круговой мышцы глаза, так и более безопасного иссечения кожи.

В заключение мне хочется поблагодарить авторов за возможность ознакомиться с результатами их работы по омоложению кожи периорбитальной области, за честный анализ послеоперационных осложнений и объективную оценку возможностей метода и поздравить их с полным отсутствием в их практике такого серьезного осложнения, как ретракция век.