

Рубец как аргумент при выборе содержания эстетической операции

А.Е. Белоусов, доктор медицинских наук, пластический хирург,
Центр пластической и реконструктивной хирургии

Санкт-Петербург, Россия
e-mail: belousov@pop3.rcom.ru
www.belousovae.ru

1 ВВЕДЕНИЕ

Хирургические операции всегда оставляют рубцы, но именно в эстетической хирургии их характеристики приобретают особенно большое значение. Несмотря на то, что при выборе хирургом плана конкретной операции первичным является содержание проблемы пациента, вероятные характеристики будущих рубцов всегда принимаются во внимание. С другой стороны, общеизвестно стремление ряда авторов объяснить свои личные предпочтения в выборе тех или иных типов операций прежде всего желанием минимизировать длину рубца или изменить его локализацию. Причем вопрос влияния этого на технику, содержание и результаты операции остается в тени [1–4].

Можно выделить три главных требования, предъявляемых к послеоперационному рубцу: а) оптималь-

ный тип (нормо- или атрофический); б) минимальные размеры (ширина и длина) и в) расположение в скрытой зоне [5]. Однако, если перечислить основные факторы, влияющие на выбор хирурга, то характеристики рубца вряд ли могут быть признаны самыми важными во всех случаях (*рис. 1*). Между тем, по представлениям пациентов, рубец – наиболее очевидное и понятное отрицательное следствие операции и поэтому часто превращается в важный аргумент хирурга при попытке повлиять на решение пациента соглашаться или не соглашаться на то, что предлагает хирург.

Чаще всего вопрос о каждом послеоперационном рубце имеет три варианта.

1. Есть рубец или его нет (выбор доступа при ринопластике)?
2. Длинный рубец или короткий (лифтинг тканей лица)?
3. Где рубец расположен (увеличение молочных желез)?

А.Е. Белоусов. Рубец как аргумент при выборе содержания эстетической операции // Пластическая хирургия и косметология. 2011(1)

В статье обсуждается влияние эстетических характеристик послеоперационных кожных рубцов в трех частых клинических ситуациях: при выполнении ринопластики, при лифтинге тканей лица и при увеличении молочных желез. Автор констатирует, что характеристики послеоперационных кожных рубцов являются важными регуляторами действий эстетического хирурга и во многом определяют выбор им содержания операции. Знание специалистом истинного соотношения преимуществ и недостатков различных доступов по их характеру (открытый или закрытый), длине (короткий или длинный) и расположению (в скрытой или открытой зоне) позволяют ему (при достаточной квалификации) сделать оптимальный выбор и тем самым обеспечить долговременное решение проблемы пациента и его удовлетворенность даже при относительно ранней утрате результатов.

Ключевые слова:
рубец, ринопластика, маммопластика, лифтинг тканей лица

A.E. Belousov. Post-operative scar as an argument in the choice of the extent of aesthetic surgery // Plastic Surgery and Cosmetology. 2011(1)

This article discusses the influence of aesthetic features of post-operative skin scarring in three common clinical conditions: in patients with rhinoplasty, face-lifting and breast enlargement surgery. The author states that the features of post-operative skin scars represent an important determinant of the activities of the plastic surgeon and in many instances determine the extent of the surgery. The acquaintance with the actual benefit to default ratio of various surgical accesses in terms of their type (open or closed), length (long or short) and location (in the invisible or visible area) provide to a sufficiently qualified specialist the possibility of the optimal choice, thus assuring the resolution of the patient's problem and his/her satisfaction, even in case of relatively early loss of the results.

Key words:
scar, rhinoplasty, mammoplasty, face-lifting

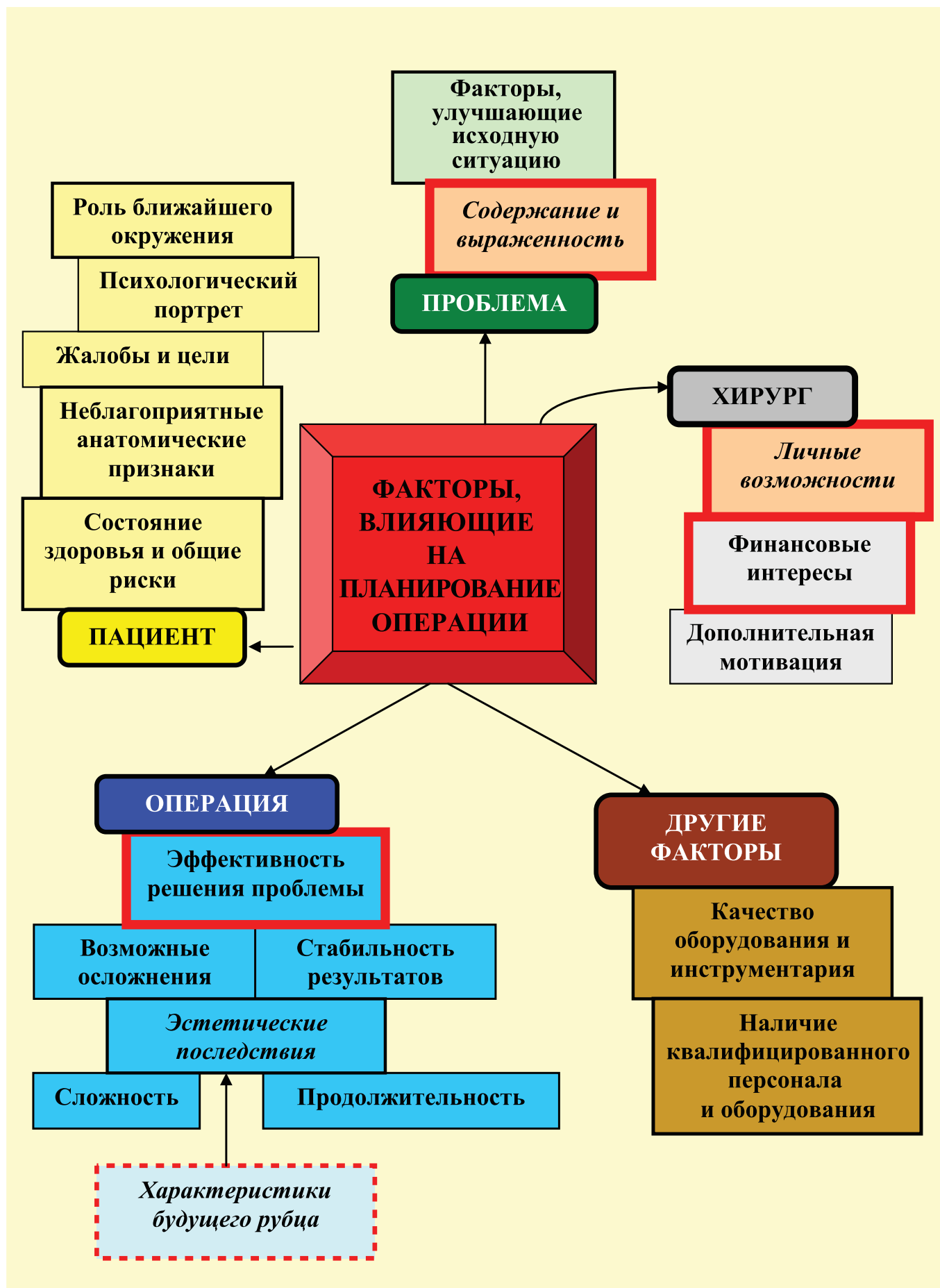


Рис. 1. Основные факторы, влияющие на выбор хирургом содержания операции

2 РУБЦЫ В РИНОПЛАСТИКЕ: ЗАКРЫТЫЙ ИЛИ ОТКРЫТЫЙ ДОСТУП?

Тема для дискуссии

Дискуссия о том, какой доступ лучше – открытый или закрытый – продолжается много лет при явном отсутствии для этого разумных оснований. Этот лишенный научной основы спор искусственно поддерживается не столько содержанием проблемы (ее практически нет), сколько вольным использованием сторонами иногда самых некорректных аргументов.

На самом же деле ответ на этот вопрос очевиден и, может быть, лучше всех его сформулировал известный американский хирург J. Tebbets (1998) [6]. В книге, посвященной ринопластике, он пишет, что споры на тему «Что лучше – открытый или закрытый доступ?» – один из величайших примеров в истории хирургии, когда «за деревьями – леса не видят». С точки зрения J. Tebbets, очевидны два главных анатомических отличия открытого чресколонного доступа:

- кожный рубец колонны носа заметно короче одностороннего рубца, остающегося после резекции крыльев носа, и примерно в 50 раз меньше длины рубца, остающегося после фейслифтинга;
- отделение тканей в подкончиковой зоне (на площади менее 1 см²) обеспечивает прекрасный обзор тех участков больших крыльчатых хрящей (медиальные и средние ножки), которые плохо контролируются хирургом при закрытом доступе.

С точки зрения J. Tebbets (1998), открытый доступ резко расширяет арсенал хирургических возможностей и позволяет хирургу в максимальной степени сохранить анатомическое и структурное единство носа при изменении его формы. Значительно возрастает и точность выполнения самых сложных вариантов ринопластики, что качественно повышает предсказуемость ее результатов. Поэтому, чем сложнее предстоящая ринопластика, тем больше у хирурга оснований использовать открытый доступ [6].

Однако, по мнению этого известного хирурга, вопрос состоит не в том, **когда** ринопластика является достаточно сложной, чтобы потребовать открытого доступа. Вопрос в другом – какой степени точности хочет достичь хирург при выполнении ринопластики. Об этом же говорит и T.D. Rees (1994). С его точки зрения, использование открытого доступа лишь в наиболее сложных случаях – нелогично, так как каждая первичная ринопластика является сложным вмешательством. Поэтому применение открытого доступа при первичной ринопластике даже более важно, чем при повторной [7].

Доступы и содержание операций

В современной ринопластике используются не менее 10 различных доступов. При этом доказано, что кожный рубец в узкой части столбика носа (при открытом чресколонном доступе) в подавляющем большинстве случаев имеет хорошие косметические характеристики, что делает его почти всегда приемлемым для пациентов [8, 9]. Очевидно и другое: при использовании открытого чресколонного доступа хирург имеет возможность совершенно точно оценить и при необходимости изменить состояние всех элементов каудального отдела носа, среднего свода и соответствующих отделов носовой перегородки (**рис. 2**). Также доступны для визуального контроля (хотя и в меньшей степени) – ключевая зона и корень носа. Это позволяет хирургу максимально использовать весь огромный арсенал способов современной ринопластики при отсутствии существенных эстетических потерь, связанных с образованием кожного рубца (**рис. 3**).

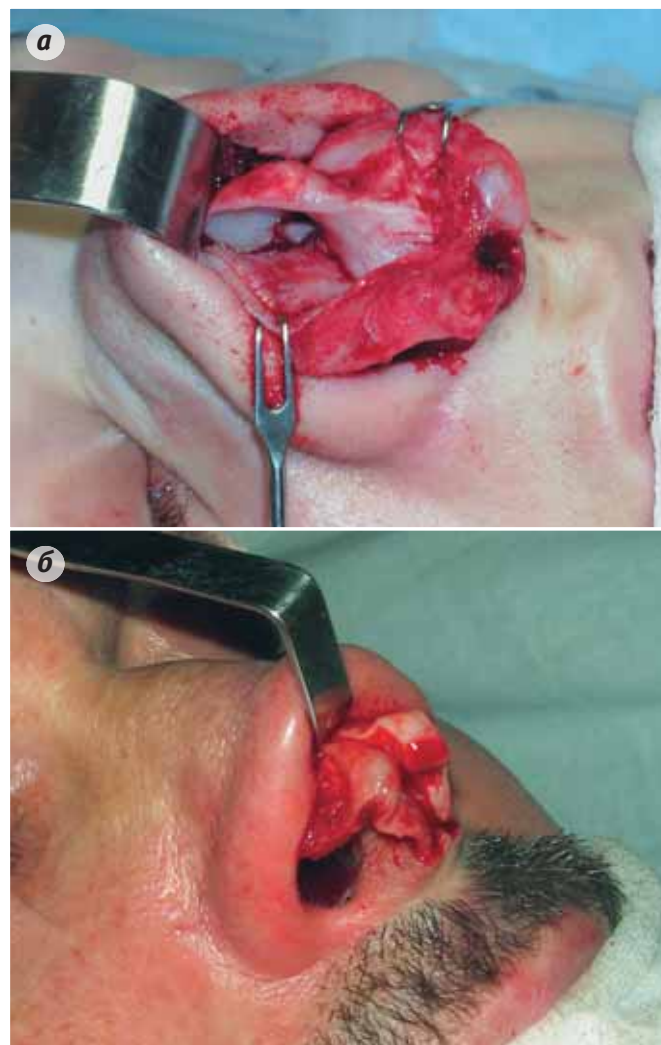


Рис. 2. Открытый доступ обеспечивает хороший обзор каудального отдела носа (**а**) и спинки носа с носовой перегородкой (**б**)



Рис. 3. До операции (а, в, д); рубцы после открытой ринопластики (б, з, е)

Если же доступ закрытый (**рис. 4**), то угол операционного действия уменьшается в несколько раз, в результате чего примерно 70% методов современной ринопластики становятся трудно применимыми (то есть применимыми со значительно меньшим качеством) или вообще практически невозможными [8]. При этом утверждения о меньшей травматичности закрытых доступов, более коротком послеоперационном периоде и менее частых осложнениях, по существу, некорректны с учетом исключительного разнообразия индивидуальных вариантов анатомии носа, видов и масштабов его деформаций, особенностей тканевых характеристик пациента, совершенно



Рис. 4. Вид куполов при закрытом подкрыльном доступе

неодинакового содержания операций ринопластики, личной техники их выполнения хирургом, а также и степени влияния на носовое дыхание возрастных изменений тканей.

Что же кроется за полным отсутствием формальной логики в столь длительном и упорном обсуждении, казалось бы, очевидного вопроса? Тем более что речь вовсе не идет о том, чтобы закрытые (открытые) доступы запретить или ограничить в применении. Если обратиться к фактам в виде опубликованных работ, то становится понятно, что большинство сторонников закрытого доступа почти не используют хрящевые трансплантаты, без применения которых современной функциональной ринопластики просто не существует [2, 10]. **Операция при этом становится менее продолжительной и несравнимо более простой.** Ссылка же на кожный рубец является тем понятным для пациента аргументом, ради которого якобы и осуществляется выбор хирурга, который «делает то же самое» и «с хорошими результатами», но абсолютно «косметически» – без образования кожного рубца.

3 ЛИФТИНГ ТКАНЕЙ ЛИЦА: ДЛИННЫЙ ИЛИ КОРОТКИЙ РУБЕЦ?

Тема для дискуссии

Лицо – самая открытая и заметная часть человеческого тела, рубцы на лице всегда привлекают вни-

мание, равно как и возрастные изменения мягких тканей, выражающиеся прежде всего в их удлинении и опущении (при вертикальном положении пациента). Известно, что для надежного устранения возрастного птоза хирург должен использовать, как минимум, 4 хирургических приема: а) разделение тканей, б) их смещение в нужном направлении, в) удаление избытка и г) фиксацию смещенного лоскута в правильном положении [11]. В какой степени реализация этих приемов зависит от длины кожного рубца?

При операциях на лице стремление хирургов укоротить доступ (то есть будущий рубец) или расположить его в более скрытой зоне проявляется в нескольких дилеммах. Остановимся лишь на двух из них.

- Что выбрать: короткорубцовый (безрубцовый лигатурный) или длиннорубцовый лифтинг тканей щек и шеи?
- Что предпочесть: классический (коронарный, длинный) или эндоскопические (короткие) доступы при подтяжке бровей и кожи лба?

Лифтинг мягких тканей лица и шеи

При лифтинге мягких тканей щек и шеи ситуация относительно ясна, и в профессиональных кругах существует понимание того, что околоушный разрез кожи без заушного продолжения в сторону шеи (рис. 5а) по сути дела не оказывает на нее значительного воздействия (рис. 6). По этой причине выполнение короткорубцового лифтинга считается целесообразным прежде всего у пациентов с преимущественным птозом тканей щек, сочетающимся с минимальной расслабленностью тканей шеи [12–14]. Также понятно, что «безрубцовый» лигатурный лифтинг на лице не способен решить проблему возрастного птоза тканей, так как данный подход не включает в себя основного приема любого лифтинга – удаления избытка покровных тканей – и предусматривает лишь их смещение в пределах естественной подвижности [15]. По мнению Л.Л. Павлюченко (2010), лигатурные (чрескожные) приемы коррекции возрастных изменений тканей лица и шеи могут использоваться хирургами, готовыми к компромиссным решениям, у пациентов, склонных к компромиссам [16]. И здесь, вероятно, речь может идти как минимум о согласии хирурга на сомнительный и при этом короткий эффект «операции» (зато без рубца) при использовании максимально легкого (по сути дела уже не хирургического) подхода к решению проблемы возрастного птоза тканей.

Подтяжка бровей и кожи лба

В пользу эндоскопического лифтинга высказываются многие хирурги, ссылаясь на такие его преимущ-

ества, как короткий рубец, меньшая сложность и длительность операции, непродолжительный реабилитационный период, менее значительная поте-

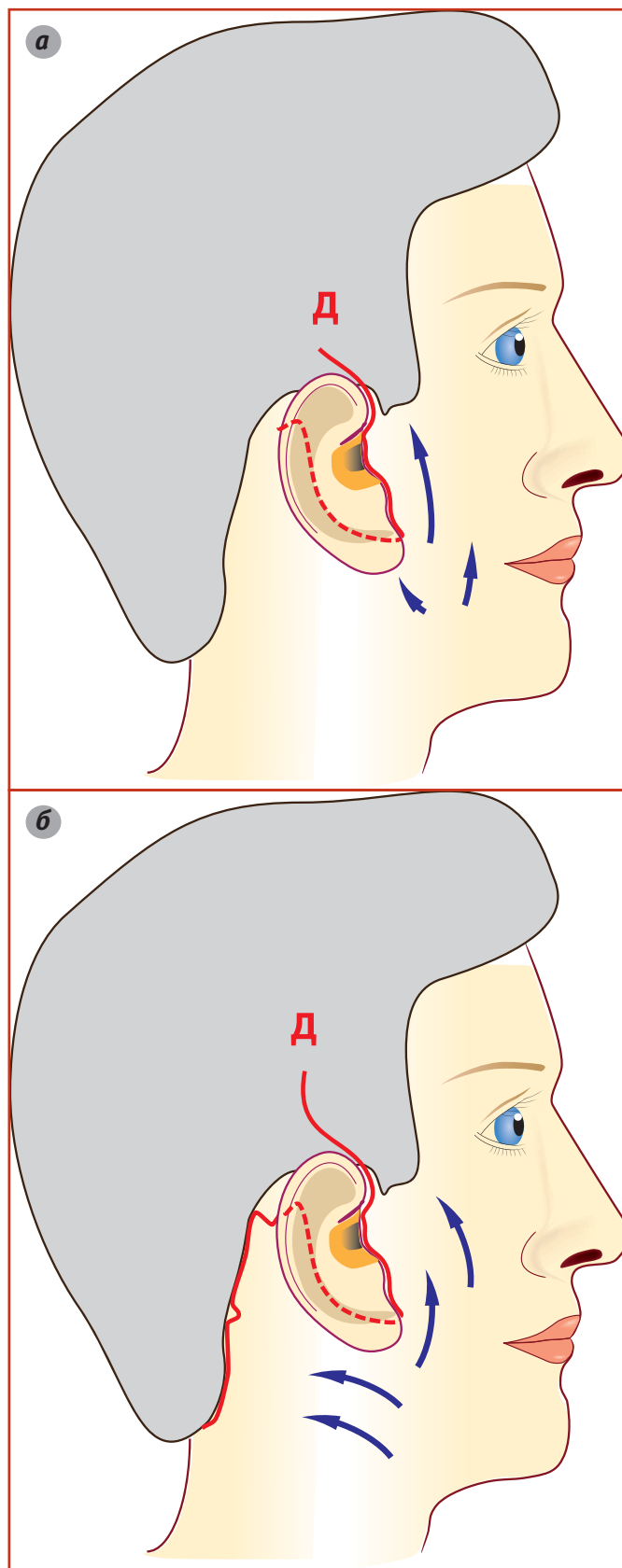


Рис. 5. Схема короткого (а) и длинного (б) доступов (Д) при лифтинге тканей лица

ря кожной чувствительности и пр. (рис. 7) [17–19]. Между тем, только длинный коронарный доступ позволяет при лифтинге бровей и кожи лба удалить значительные участки лишних тканей и надежно (на не-

скольких этажах) фиксировать кожно-фасциальный лоскут на новом уровне (рис. 8). То есть реализовать те хирургические приемы, которые обеспечивают более яркий и продолжительный результат всей опе-



Рис. 6. Расположение избытка кожи при короткорубцовом (а) и длиннорубцовом (б) лифтинге тканей лица и шеи

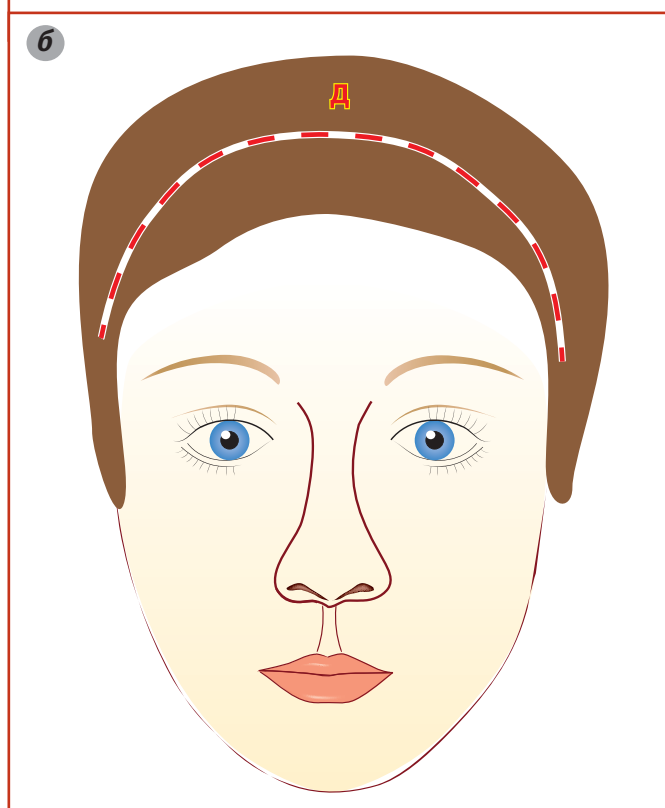
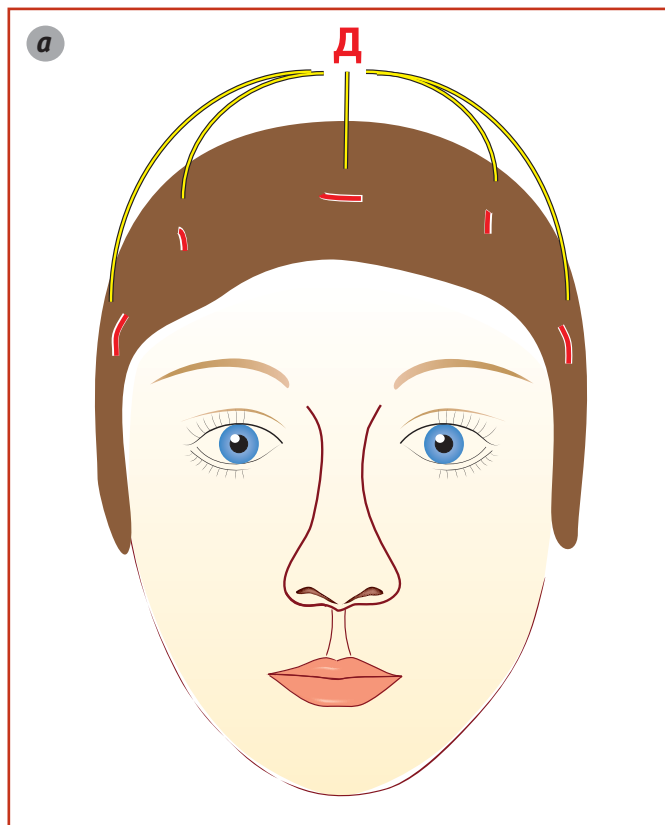


Рис. 7. Варианты расположения доступов при эндоскопическом (а) и коронарном (б) лифтинге кожи лба

рации (рис. 9) (таблица 1). При этом тонкие рубцы довольно трудно обнаружить (рис. 10а), но даже если они идут по линии роста волос, это все равно устраивает рационально мыслящих пациентов (рис. 10б).

В конечном счете, понятно, что у каждого доступа есть свои плюсы и минусы и что успешно решить задачу лифтинга тканей лба и удовлетворить пациента можно при любом подходе. **Вопрос в том, в течение**



Рис. 8. Избыток кожи лба (а) и удаленный фрагмент кожно-фасциального лоскута (б) при подтяжке кожи лба



Рис. 9. Высокое положение бровей через 5 (а, б) и 6,5 лет (в, г) после лифтинга с использованием коронарного доступа

Таблица 1. Возможности использования различных приемов лифтинга бровей и кожи лба в зависимости от вида доступа (оценка автора статьи)

№ п/п	Хирургические приемы лифтинга бровей и кожи лба	Доступ	
		коронарный	эндоскопический
1	Удаление избытка кожно-фасциального лоскута	+++++	–
2	Многоуровневая фиксация кожно-фасциального лоскута	+++++	±
3	Коррекция высокого лба	+++++	–
4	Центральная фасциомиотомия (1–2-уровневая)	+++++	±
5	Расширенная миозектомия	+++++	±
6	Задне-наружная фасциотомия	+++++	++

+++++ возможность использования приема по 5-балльной шкале;
 ± сомнительные возможности использования приема;
 – использование приема невозможно.



Рис. 10. Мало заметные рубцы, образовавшиеся после лифтинга кожи лба в височной зоне (а) и по линии роста волос (б)

какого времени пациент останется довольным? Как долго он сможет пользоваться достигнутым результатом? И с этих позиций преимущества эндоскопического лифтинга выглядят предпочтительными только у лысеющих (облысевших) мужчин и (реже) женщин, для которых расположение длинного (даже очень тонкого) рубца в пограничной зоне лба – неприемлемо [20].

4 УВЕЛИЧЕНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ: ГДЕ РАСПОЛОЖИТЬ РУБЕЦ?

Тема для дискуссии

В профессиональных кругах существует мнение, что косметические потери, связанные с образованием послеоперационного рубца при увеличении молочных желез, уменьшаются в направлении «подгрудная складка–периареолярная линия–подмышечная зона» (рис. 11). Эта же точка зрения доминирует и у потенциальных пациенток. И действительно, **при прочих равных условиях (!)** рубец на большем удалении от открытой зоны молочных желез может быть предпочтительным. Но могут ли быть все «прочие» условия равными? Конечно, нет. Об их явном и значительном неравенстве свидетельствуют данные, приведенные в **таблице 2**. На это же указывают и известные хирурги [21].

Понятно, что по ключевым характеристикам (точность формирования «кармана» для имплантата, травматичность вмешательства, предсказуемость и качество результата операции и пр.) преимуществами обладает подгрудный доступ. А подгрудный рубец в абсолютном большинстве случаев со временем становится менее заметным, чем след от бюстгалтера

Таблица 2. Некоторые характеристики операций увеличения молочных желез в зависимости от места расположения кожного разреза

№ п/п	Характеристики операции	Локализация кожного разреза		
		Подгрудный	По краю ареолы	Подмышечный
1	Угол операционного действия, обзорность	Максимальный	Уменьшенный	Минимальный
2	Расстояние до каудального края «кармана» (см)	2–3	5–8	15–20
3	Точность подготовки «кармана»	Высокая	Снижается	Резко снижается
4	Введение имплантатов	Легкое	Ограничено диаметром ареолы	Резко затруднено
5	Позиционирование анатомических имплантатов	Легкое	Затруднено	Крайне затруднено
6	Дренирование раны при нагноении	Эффективное	Неэффективное, требует дополнительного подгрудного разреза	

(рис. 12а). Рубец же, идущий по краю ареолы, явно более открыт и вряд ли выглядит более эстетично. Если не наоборот (рис. 12б).

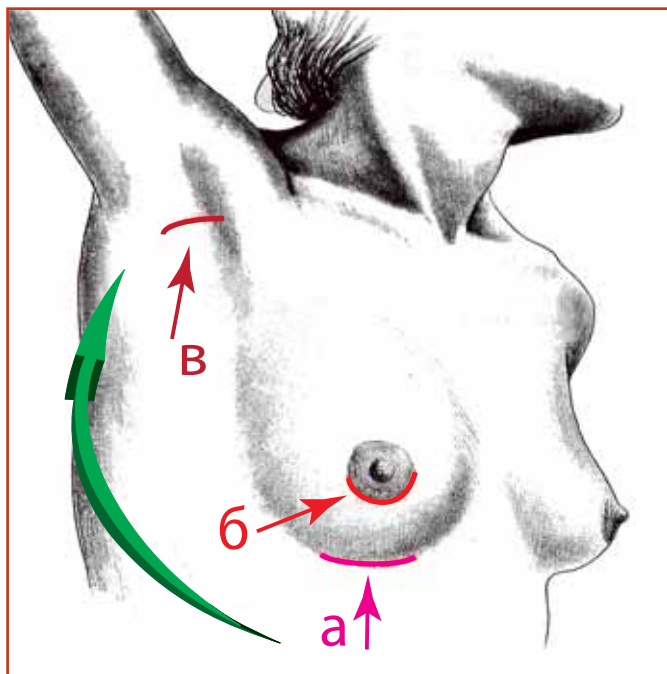


Рис. 11. Схема доступов, используемых при увеличении молочных желез

Что же касается подмышечного доступа, то значительное смещение кожного разреза в сторону от молочной железы ставит хирурга перед выбором: а) использовать упрощенную технику формирования «кармана» для имплантата (преимущественно «слепое» и «тупое» разделение тканей) со всеми вытекающими возможными осложнениями или б) применять технически сложное, но точное разделение тканей под эндовидеоконтролем в сочетании с протезами, наполняемыми уже после имплантации (и поэтому легко вводимыми через узкую длинную рану). По данным J. Tebbets (2006), последняя комбинация позволяет значительно уменьшить частоту послеоперационных осложнений и повтор-

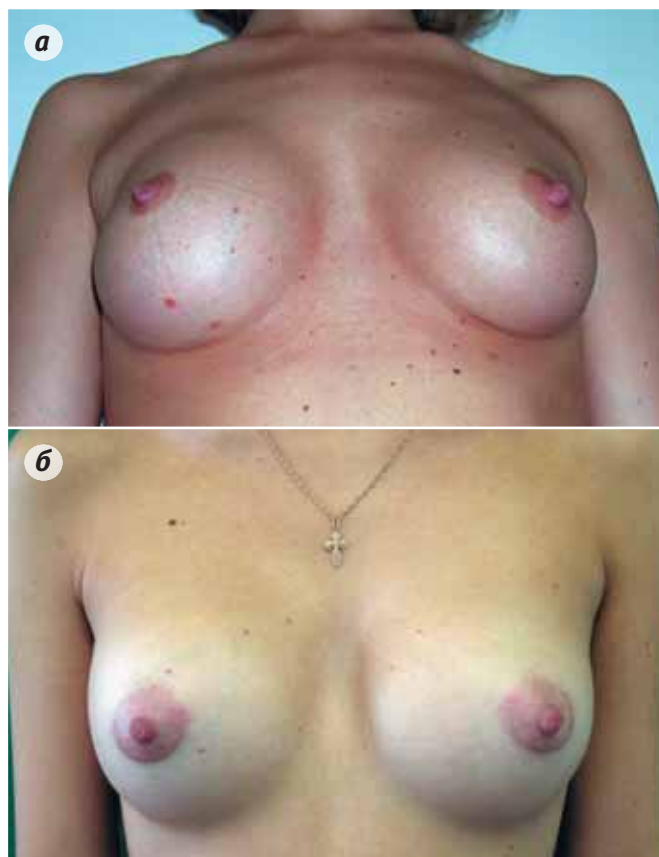


Рис. 12. Внешний вид кожных послеоперационных рубцов: подгрудный (а); ареолярный (б)

ных операций [22]. Но всегда ли хирурги выбирают этот сложный путь при наличии несравненно более простого?

5 ОБСУЖДЕНИЕ

О довольных пациентах

Принимая решение о содержании той или иной операции, хирург оценивает многочисленные факторы, связанные с психологическим состоянием пациента

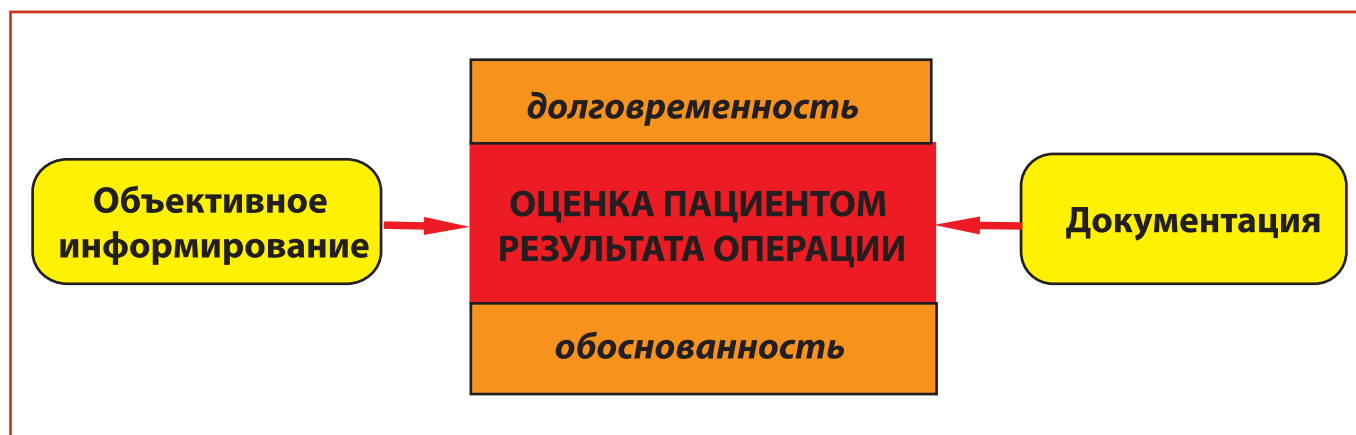


Рис. 13. Основные элементы оценки пациентами результатов операций

(мотивация, психологический портрет), индивидуальными особенностями его анатомии и тканевых характеристик, а также свои профессиональные возможности. Что же является критерием правильного выбора?

Ответ, вроде бы, хорошо известен. Это – довольный (результатами операции) пациент [23]. Но, как хорошо известно, человек, который доволен сегодня, может стать недовольным уже завтра. И это определяет тот факт, что фраза «пациент доволен» констатирует лишь сиюминутную оценку, в то время как важными показателями являются долговременность и обоснованность выносимых пациентами суждений (**рис. 13**). Оба показателя в значительной мере зависят от качества предоперационного информирования пациентов с констатацией основных положений в Договоре на оказание медицинских услуг. С какого же срока после операции оценку пациентом ее результата можно считать долговременной? Точно и коротко ответить на этот вопрос трудно, так как факторов, влияющих на формирование мнений, слишком много. Однако вряд ли будет ошибкой сказать, что срок удовлетворенности пациента должен измеряться годами, а не месяцами.

О недовольных пациентах

Важно отметить, что при любом подходе все пациенты довольными быть не могут. Так попросту не бывает. Хотя бы потому, что результаты большинства операций зависят не только от мастерства хирурга, но и от других факторов (действия или бездействия

пациентов, тканевых характеристик, возрастных изменений тканей, случайных травм и др.). Логическим следствием этого недовольства может стать обращение пациента уже к другому хирургу.

Можно ли как-то смягчить возможную неудовлетворенность пациентов или даже предупредить ее? Да, можно, путем более объективного (то есть честного) дооперационного информирования о реальных возможностях, плюсах и минусах хирургических решений. Так, если хирург еще до операции проинформирует пациента, например, о неблагоприятных тканевых и (или) анатомических характеристиках, при которых результаты лифтинга тканей утрачиваются более быстрыми темпами, то даже при относительно быстрой утрате результата операции пациент вряд ли будет сомневаться в компетентности оперировавшего его специалиста (**рис. 14**). Само собой разумеется, что все предупреждения хирург должен предоставить в письменном виде, поскольку документальное оформление предупреждений может стать важным фактором защиты врача (и лечебного учреждения) при рассмотрении судебного иска со стороны пациента.

Упрощать или усложнять?

Опыт хирурга накапливается десятилетиями, и быстро «опытным» не станешь. Поэтому проблема вынужденного упрощения эстетических операций объективно существует. Само собой разумеется, что если хирург не владеет эндоскопической техникой (или не имеет соответствующего оборудования), то и применять ее он не станет (например, при увеличении

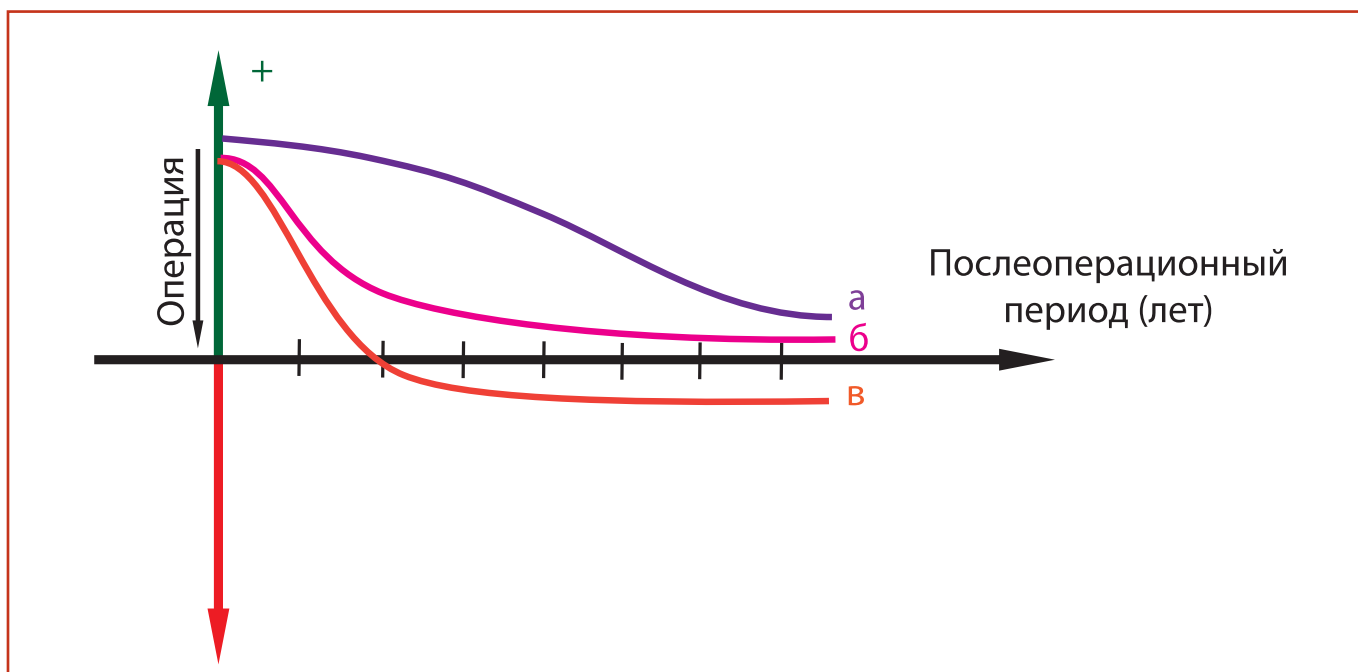


Рис. 14. Возможные варианты динамики удовлетворенности пациентов стабильными (**а**) и нестабильными (**б, в**) результатами эстетических операций: хорошая информированность (**б**); плохая информированность (**в**)

молочных желез из подмышечного доступа). Точно так же он будет стремиться сократить длину кожного разреза, если не умеет создавать условия для формирования оптимального рубца и вообще «не привык» к открытым ранам (например, при лифтинге мягких тканей лица). Приведенный в статье анализ казался бы различных хирургических ситуаций свидетельствует о том, что главная цель эстетического хирурга – долговременно довольный пациент – должна стать и главным принципом эстетической хирургии. В реализации этого принципа можно выделить три основных направления.

1. Постоянное расширение личных возможностей пластического хирурга за счет совершенствования техники операций, непрерывного (само-) обучения и накопления опыта.

2. Объективная оценка любого метода пластической хирургии и любых новаций с предметным анализом их плюсов и минусов и на этой основе показаний к их практическому применению.

3. Честное информирование пациента о возможных путях решения его проблемы.

О послеоперационных рубцах

Если пациент объективно проинформирован об особенностях того или иного доступа (влияние характеристик кожного разреза на содержание операции, надежность ее результатов, вероятность развития осложнений и пр.), то для рационального человека длина и расположение кожного послеоперационного рубца уже не будет доминирующим аргументом, перевешивающим все остальные «за» или «против». Так как пациент будет понимать, что любые доступы, как и любые операции, всегда имеют плюсы и минусы и чего при том или ином подходе больше.

6 ВЫВОДЫ

1. Характеристики послеоперационных кожных рубцов – важные регуляторы действий хирурга и во многом определяют выбор содержания операций эстетического характера.

2. Знание хирургом истинного соотношения преимуществ и недостатков различных доступов по их характеру (открытый или закрытый), длине (короткий или длинный) и расположению (в скрытой или открытой зоне) позволяют ему (при достаточной квалификации) выбрать оптимальное решение и тем самым обеспечить долговременное решение проблемы пациента.

3. У хирурга, владеющего методом создания условий, необходимых для формирования тонких малозамет-

ных рубцов, их длина в большинстве случаев не является аргументом в пользу выбора менее сложной и менее эффективной техники операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Павлюк-Павлюченко Л.Л., Шахов А.А., Ганшин И.Б., Байлин В.В. *Эстетика и пластика кончика носа. Анналы пластической реконструктивной и эстетической хирургии* 2002;2:6–23.
2. Рыбакин А.В., Сафонова Л.Н., Арбатов В.В. и соавт. *Метод малотравматичной уменьшающей ринопластики. Пластическая хирургия и косметология* 2009;(0):15–23.
3. Нудельман С.В., Голубков Н.А. *Эндоскопический лифтинг: новая философия эстетической хирургии лица. Анналы пластической реконструктивной и эстетической хирургии* 1999;3(4):55–61.
4. Хрусталёва И.Э., Богов А., Виссарионов В.А., Голубков Н.А., Швырёв С.П. *Консилиум «Выбор объема и тактики хирургической коррекции возрастных изменений лица и шеи в различных клинических ситуациях». Эстетическая медицина* 2007;6(2):233–249.
5. Белоусов А.Е. *Рубцы и их коррекция. Очерки пластической хирургии. Том 1. СПб.: Командор-SPB, 2005, 128 с.*
6. Tebbetts JB. *Primary rhinoplasty: a new approach to the logic and the techniques. St. Louis, Mosby Inc, 1998.*
7. Rees TD. *Rhinoplasty. History. In Rees TD, LaTrenta GS. Aesthetic plastic surgery. W.B. Saunders Co, 2-nd edition, 1994;2:17–18.*
8. Белоусов А.Е. *Функциональная ринопластика. Очерки пластической хирургии. Том 2. СПб: Изд-во Политехн. ун-та, 2010, 512 с.*
9. Пшениснов К.П. *Операция компромисса (в рамках полемики). Пластическая хирургия и косметология* 2010;4:552–553.
10. Павлюк-Павлюченко Л.Л., Щербаков К.М. *Варианты эстетической септоринопластики. Российская ринология* 2005;3:14–21.
11. Белоусов А.Е. *О принципиальных различиях методов коррекции возрастногоптоза мягких тканей лица. Анналы пластической реконструктивной и эстетической хирургии* 2009;1:10–15.
12. Добрякова О., Добряков Д., Гуле В. *Возможности «лифтинга с коротким рубцом». Эстетическая медицина* 2008;7(4):517–525.
13. Боровиков А.М. *Отзыв на статью О. Добряковой с соавт. «Возможности «лифтинга с коротким рубцом». Эстетическая медицина. 2008;7(4):526–527.*

14. Morganroth GS, Moody BR, Sengelmann RD. *Vertical vector face lifts*. In R.L. Moy, E.F. Fincher Ed. «Advanced face lifting» Elsevier Saunders Inc., 2006, 83–104.
15. Белоусов А.Е. Малоинвазивная (закрытая) подтяжка тканей с помощью подвешивающих нитей: факт или декларация? *Эстетическая медицина* 2007;6(3):385–401.
16. Павлюк-Павлюченко Л.Л. Малоинвазивные операции – дополнительное средство пластической хирургии. Комментарий к статье G. Gambosa, L. Vasconez «Полипропиленовые нити в омоложении средней зоны лица и шеи». *Эстетическая медицина* 2010;9(4):390.
17. Хрусталёва И.Э. Эстетическая хирургия возрастных изменений лица. В кн.: «Курс пластической хирургии» Руководство для врачей, т.1, под ред. К.П. Пшениснова. Ярославль; Рыбинск: изд-во ОАО «Рыбинский дом печати», 2010, 685–753.
18. Нудельман С.В., Голубков Н.А. Эндоскопический лифтинг: новая философия эстетической хирургии лица. *Анналы пластической реконструктивной и эстетической хирургии* 1999;3(4):55–61.
19. Lam SM, Williams EF. *Upper and midfacial rejuvenation*. In Williams E.F., Lam S.M. Ed. «Comprehensive facial rejuvenation», Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004, 54–104.
20. Chiu ES, Baker DC. *Endoscopic brow lift: a retrospective review of 628 consecutive cases over 5 years*. *Plast Reconstr Surg* 2003;112(2):628–633.
21. Tebbets JB, Adams WP. *Five critical decisions in breast augmentation using five measurements in 5 minutes: the high five decisions support process*. *Plast Reconstr Surg* 2006;118(7S):35S–45S.
22. Tebbets JB. *Axillary endoscopic breast augmentation: process derived from a 28-year experience to optimize outcomes*. *Plast Reconstr Surg* 2006;118(7S):53S–80S.
23. Цепколенко В.А., Пшениснов К.П. Особенности практики эстетической пластической хирургии. В кн.: «Курс пластической хирургии» Руководство для врачей, т.1, под ред. К.П. Пшениснова. Ярославль; Рыбинск: изд-во ОАО «Рыбинский дом печати», 2010, 149–160.



На пути к совершенству!

ВИЛОРД

ПОСТАВКА РАСХОДНЫХ
МАТЕРИАЛОВ
ДЛЯ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОГО
ОБОРУДОВАНИЯ

109428, Москва, Рязанский
проспект, д.30/15
Тел. (многокан.) 728-41-88.
Тел./факс 371-03-62
e-mail: velord@velord.ru
www.velord.ru

реклама