

Профессиональный взгляд на лицо человека. В фокусе — эстетическая неврология

О.Р. Орлова

невролог, доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Москва), президент Межрегиональной общественной организации специалистов ботулинотерапии (МООСБТ)

Профессорская лекция, прочитанная на Первом международном конгрессе по междисциплинарному взаимодействию в эстетической медицине. Москва, 16 мая 2012 г.

Лицо как зеркало здоровья и болезней

Наиболее общая формулировка цели косметологических вмешательств — улучшение внешнего вида человека. Поскольку мы все чаще говорим о том, что косметолог — это врач профилактической медицины, то и «взгляд» (в самом широком смысле слова) на лицо пациента должен подразумевать фиксирование и анализ возможных симптомов соматических (эндокринных, неврологических) и психических заболеваний, которые приводят к изменению внешнего вида.

Анализируя эстетические проявления, нужно иметь в виду следующие моменты:

- природа мимических морщин может быть связана не только с процессами старения, зачастую мы выявляем неврологическую подоплеку;
- эстетический облик нижней половины лица отражает тесную взаимосвязь эстетики с состоянием зубочелюстной системы;
- асимметрия лица может иметь физиологический и патологический характер.

Природа мимических морщин с позиций эстетической неврологии складывается из нескольких составляющих. Во-первых, это генетически детерминированные характерологические особенности личности, определяющие способы и интенсивность мимической эмоциональной экспрессии. Во-вторых, это различные факторы внешней среды (холод, атмосферные явления), в ответ на действие которых может развиваться гипертонус мышц. Ведь любое воздействие на чувствительное звено активирует двигательное звено физиологического сенсорно-моторного рефлекса. Сюда же можно отнести и болевые воздействия, которые провоцируют спазм как мимических, так и жевательных мышц. Вот почему мы так активно обсуждаем вопросы рациональной анестезии при проведении эстетической коррекции, а комфортность (минимальная болезненность) процедур является важным преимуществом при выборе метода лечения.

Еще один очень интересный аспект: связь головной боли и мимического портрета пациента. Головной болью нередко страдают молодые пациенты, и мы обнаруживаем у них характерный паттерн ранних статических морщин — горизонтальных в области лба и вертикальных в межбровной области.

Насильственные движения в области лица (лицевые гиперкинезы, так называемые «тики») на ранних стадиях могут манифестировать в виде мимических морщин. Несимметричный характер расположения и глубины морщин и складок на лице может быть следствием нейропатии лицевого нерва, как первичной, так и после перенесенных пластических операций или травм.

Жевательные мышцы имеют прямое отношение к активности мимических мышц. Гипертонус жевательных мышц возникает не только как следствие болезни (бруксизм, оромандибулярная дистония), но и как реактивное состояние после неадекватного или продолжительного стоматологического вмешательства. Поэтому иногда однократное введение даже очень малых доз ботулинического токсина (БТ) в жевательные мышцы пациента становится ключевым моментом его исцеления.

Анализируя горизонтальные морщины фронтальной зоны, следует иметь в виду возможную компенсаторную активацию лобной мышцы при некоторых вариантах позы, прежде всего при миастении. Однако и здоровые люди напряжением

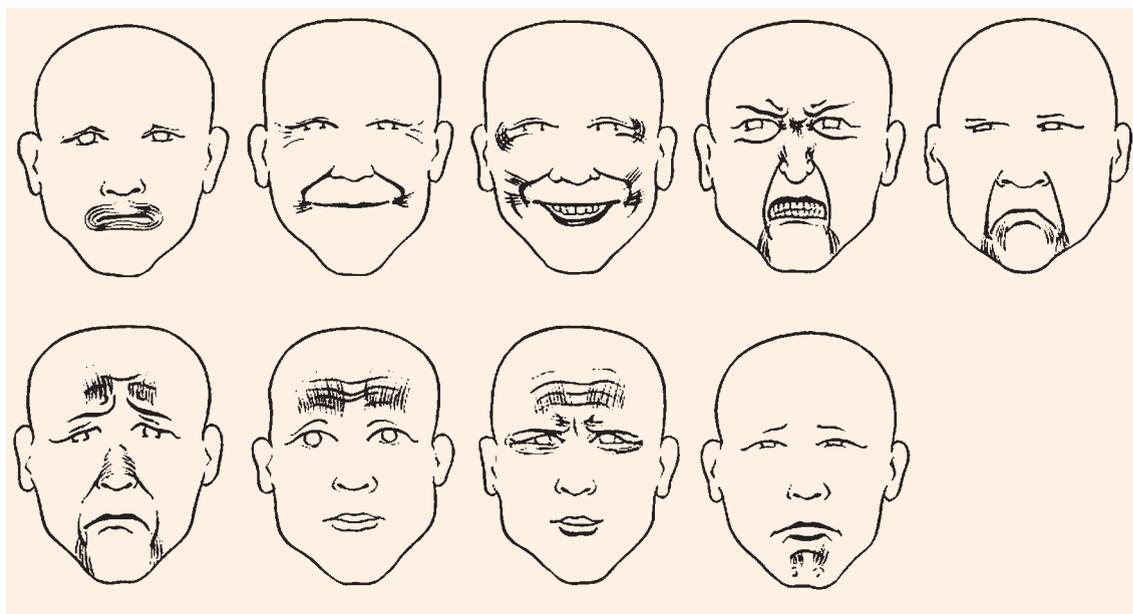


Рис. 1. «Мимический портрет» эмоций



Рис. 2. Портрет горгоны Медузы, Караваджо (1595–1596)

фронтальной мышцы пытаются приподнять брови и верхние веки, расширяя таким образом поле зрения. Этот факт обязательно учитывается при назначении ботулинотерапии.

Если мы посмотрим на «мимический портрет» различных эмоций (рис. 1), то обратим внимание на тот факт, что ботулотоксин вводится преимущественно в мышцы, которые отвечают за экспрессию отрицательных эмоций (лобная, пирамидальная, «мышца гордецов»).

Разглядывая портрет горгоны Медузы, написанный Караваджо (рис. 2), замечаем, что агрессивное выражение лица этой мифологической личности связано с напряжением мышц межбровной области, а область глабеллы сегодня находится под пристальным вниманием психиатров. Еще Ч. Дарвин в своей книге «Выражение эмоций у животных и человека» писал, что корrugатор является основной мышцей для экспрессии отрицательных эмоций. Инъекции ботулинического токсина в межбровную область приводят к уменьшению депрессии, и за этим стоит конкретный физиологический механизм: мышца, сморщивающая бровь, участвует не только в воспроизведении, но и в переживании негативных эмоций, поэтому стойкое расслабление этой мышцы снимает тяжелую эмоциональную нагрузку. Ботулинотерапия депрессии — это почти уже утвердившееся клиническое направление.

Если анализировать портрет горгоны Медузы более детально, становится очевидным и еще один нюанс: при открывании рта наблюдается девиация (отклонение) нижней челюсти. Это очень важный момент, который выявляется при клиническом осмотре, если дополнить внешний осмотр пробой на открывание и закрытие рта. При этом мы можем услышать характерный щелчок в области височно-нижнечелюстного сустава и проследить за траекторией движения нижней челюсти. Если мы видим, например, девиацию, схожую с той, которую изобразил Караваджо, то предполагаем спазм латеральной порции крыловидной мышцы справа. Курировать подобных пациентов должен косметолог совместно со стоматологом, точнее — со специалистом в области функциональной стоматологии.

Симметрия и асимметрия лица. Пограничная косметология

Некоторые пациенты обращаются к косметологу прицельно с жалобами на асимметрию лица, его отдельных элементов. Чаще всего асимметрия диагностируется при осмотре перед проведением пластической операции или объемной пластики лица. Врач обязательно обращает внимание на тот факт, чтобы избежать жалоб после проведенной коррекции, когда пациент рассматривает свое лицо буквально «под лупой».

«Симметрия и асимметрия лица»



С точки зрения эстетической неврологии особое значение в данном аспекте имеет мимическая асимметрия, природа которой достаточно сложна (рис. 3).

Прежде всего, мимическая асимметрия определяется асимметрией межполушарной. Мы знаем, что разные полушария мозга по-разному регулируют моторику и сенсорную функцию двух половин тела, а потому и мимическая активность разных сторон лица несколько отличается. Но, оказывается, что и восприятие мимики зависит от состояния межполушарного взаимодействия у конкретного человека. Поэтому если мы, глядя на лицо пациента, считаем его асимметричным, то можем и ошибаться: другой человек, глядя на это же самое лицо, видит иную картину в силу особенностей своего межполушарного взаимодействия. Итак — лицо субъективно, и восприятие его субъективно. Именно поэтому в процессе эстетического анализа лица, в том числе, на предмет выявления симметрии и асимметрии, столь важную роль имеет фото- и видео документирование. Только субъективной констатации факта наличия асимметрии в некоторых случаях недостаточно.

Морфофункциональная асимметрия тела связана с особенностями скелета, лица — со строением костей, хрящей, связок и мышц головы. Такой вид асимметрии представляет собой вариант нормы, но он также требует анализа для исключения органических причин.

Основной блок проблем при рассмотрении мимической асимметрии лица составляют неврологические заболевания — поражение лицевого нерва, гиперкинезы, боли в области лица.

Рассмотрим некоторые примеры. Гемитрофия Ромберга является заболеванием неизвестной этиологии, которое приводит к развитию атрофии всех тканей одной половины лица — костной, хрящевой, мышечной, жировой, кожи. Пораженная часть лица уменьшается в размерах, кожа натягивается, наблюдаются дисхромия, поседение и выпадение волос, часто снижено (но бывает и усилено) пото- и салоотделение. Иногда отмечаются дистрофия и выпадение зубов, в тяжелых случаях — атрофия скуловой кости и нижней челюсти. Это состояние связано не с патологией лицевого нерва, а, возможно, с какими-то процессами в противоположном полушарии головного мозга. К сожалению, данное заболевание не лечится, есть только возможность проведения симптоматической коррекции, например методами волюмизации (рис. 4).

Опухоль околоушной железы и последствия ее сдавливающего воздействия на ствол лицевого нерва также могут привести к развитию выраженной асимметрии (рис. 5). Поэтому

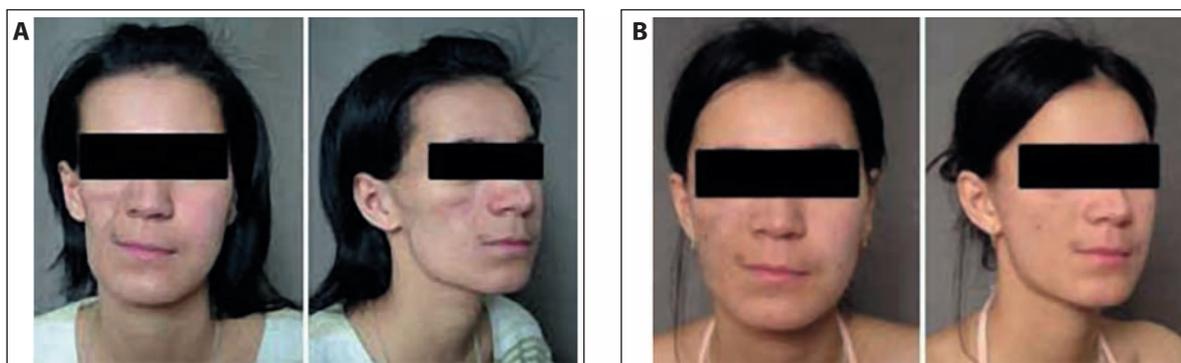


Рис. 4. Асимметрия лица у пациентки с гемитрофией Ромберга (А). Эта же пациентка после проведения пластики с использованием силиконовых имплантатов (В) (<http://www.edent.ru/lib.pl-cid=&DocID=1780.htm>)



Рис. 5. Асимметрия лица на фоне опухоли околоушной железы



Рис. 6. Разная степень асимметрии лица при миастеническом синдроме



Рис. 7. Асимметрия лица как следствие поражения краевой ветви лицевого нерва справа

случаи постепенно развивающейся гемиатрофии лица, нейропатии, асимметрии одной половины лица требуют особого внимания.

Птоз при миастеническом синдроме часто бывает асимметричным (рис. 6). Для этого заболевания характерна динамика мышечной слабости в течение дня с усугублением к вечеру.

Травматическое, в том числе послеоперационное, поражение лицевого нерва нередко приводит к парезу мышц и развитию картины асимметрии лица. На рис. 7 представлена пациентка с поражением краевой ветви лицевого нерва справа.

Однако, самая частая причина развития асимметрии лица — нейропатия лицевого нерва или паралич Белла (рис. 8). По данным ВОЗ, паралич Белла встречается в 13–25 случаях на 100 тыс. населения.

На рис. 8А и В мы видим пациентов, которые пытаются сомкнуть веки, но даже при закрытых глазах у них остается открытой полоска склеры (феномен Белла). На фоне правосторонней нейропатии лицевого нерва развивается слабость круговой мышцы глаза, лагофтальм — неполное закрытие глаза. Лагофтальм — очень опасное состояние, которое может привести к развитию кератопатии и даже потере зрения.

В качестве отступления хочется отметить, что круговая мышца глаза исключительно чувствительна к разным воздействиям. Поэтому сегодня мы по-другому стали относиться к инъекциям ботулотоксина в эту мышцу, следуя тактике использования минимальных доз. Чрезмерное расслабление круговой мышцы глаза, которое уже имеет минимальные функциональные проявления (например, в виде того, что в глаз при умывании попадает вода), может представлять опасность в плане развития кератопатии: несколько часов не полностью закрытого глаза в течение ночи — это пусковой момент для развития ксероза роговицы.

На рис. 8С мы видим мышечную слабость на левой пораженной стороне лица. А что происходит с правой стороной, условно здоровой? Во всех случаях нейропатии лицевого нерва на «непораженной» стороне развивается истинный гипертонус мимических мышц. Поэтому для нас условно здоровая сторона также является пораженной, только другим процессом — повышением мышечного тонуса. И часто именно с нее мы начинаем лечение пациентов с нейропатией лицевого нерва, проводя инъекции БТ в напряженные мышцы непораженной стороны.

Степень асимметрии лица при нейропатии может быть разной: легкой, средней, тяжелой (рис. 9). Тяжелая степень асимметрии лица относится к случаям тотального поражения лицевого нерва. Однако лечение даже таких пациентов также начинают с инъекций БТ в непораженную сторону.

К последствиям поражения лицевого нерва относятся постпаралитические контрактуры и патологические синкинезии мимических мышц.

Как проявляются постпаралитические контрактуры? Прежде всего, гипертонусом некоторых мышц на парализованной стороне. На рис. 10 мы видим спазм мышц щеки у пациентки с нейропатией. Зачастую спазм сопровождается неприятными и даже болезненными ощущениями.

Синкинезии манифестируют в виде спазма (с окрашения) мышц, обычно в конкретном движении не участвующих. Например, при улыбке чрезмерно прищуривается глаз на стороне поражения нерва. Даже в покое иногда наблюдается сужение глазной щели. Введение микродоз ботулинического токсина в круговую мышцу глаза позволяет провести коррекцию данного осложнения нейропатии.



Рис. 8. Асимметрия лица на фоне нейропатии лицевого нерва

«Симметрия и асимметрия лица»

Таблица

Наиболее распространенные виды патологических синкинезий	
Моторно-моторные	
Веко-губная	При закрывании глаза поднимается угол рта на той же стороне
Веко-лобная	При закрывании глаза наморщивается лоб
Веко-платизменная	При зажмуривании сокращается подкожная мышца шеи
Веко-ушная	При зажмуривании поднимается ушная раковина
Губно-пальпебральная	Сужение глазной щели при надувании щек, вытягивании губ в трубочку, во время еды
Лобно-губная	Непроизвольное приподнимание уголка рта при наморщивании лба
Моторно-вегетативные	
Симптом «крокодиловых слез»	Слезотечение из глаза на пораженной стороне при жевании или просто при движении нижней челюсти



Рис. 9. Степени асимметрии лица при нейропатии лицевого нерва: легкая (А), средняя (В), тяжелая (С)

Среди патологических синкинезий можно выделить моторно-моторные, когда при сокращении одних мышц спазмируются мышцы, не участвующие в движении, а также моторно-вегетативные, когда, например, при активации мышц нижней половины лица у пациента начинается слезотечение на пораженной стороне («крокодиловы слезы», симптом Богорада) (таблица). Это состояние также прекрасно поддается ботулинотерапии, причем инъекции выполняются непосредственно в слезную железу или область ее проекции.

Насколько заметны могут быть мышечные контрактуры и патологические синкинезии? Посмотрим на пациентку 36 лет на рис. 11. При беглом осмотре мы наблюдаем лишь легкую степень асимметрии лица, которую можно отнести к индивидуальным морфофункциональным особенностям. Послушаем ее жалобы: асимметрия улыбки, неполное смыкание века правого глаза, сухость роговицы, чувство стягивания в правой окологлазничной области, ощущение тяжа в правой щеке (особенно при мимике), подергивание подбородочной мышцы.

При осмотре в состоянии покоя наблюдается расширение глазной щели справа, сглаживание носогубной складки, опущение угла рта. Нижнее веко правого глаза несколько отходит от глазного яблока, отмечается редкое моргание. В области подбородочной мышцы — локальные миокимии (подергивания).

При активации мимической мускулатуры справа выявляется отсутствие подвижности брови, слабость круговой мышцы глаза, проявляющаяся отставанием век при моргании по сравнению с непораженной (левой) стороной. При наморщивании носа — отсутствие



Рис. 10. Постпаралитическая контрактура в виде спазма щеки у пациентки с нейропатией лицевого нерва

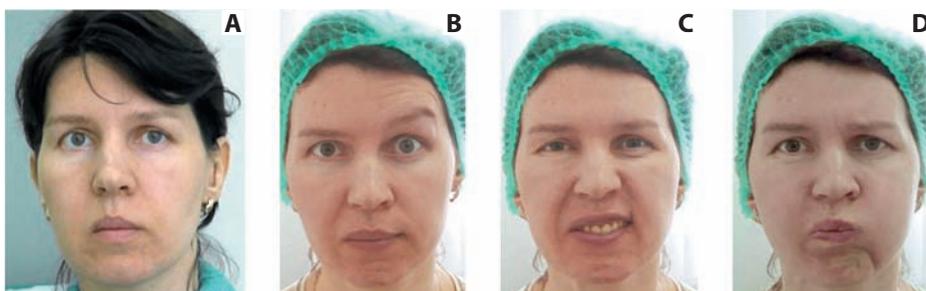


Рис. 11. Пациентка с легкой асимметрией на фоне периферического прозопапареза: лицо в состоянии покоя (А), при мимических пробах (В-Д) выявляются функциональная асимметрия и патологические синкинезии

Тема номера



Рис. 12. Схема проведения инъекций ботулинического токсина у пациентки с асимметрией лица на фоне периферического прозопапареза

подвижности справа, при улыбке или попытке опустить уголки рта — отсутствие движения правого угла рта. На пораженной стороне имеются контрактура, сформированная щечной и скуловыми мышцами, разнообразные синкинезии с вовлечением круговой мышцы глаза. На контралатеральной (условно здоровой) стороне — высокая мимическая активность и учащенное моргание.

Диагноз — периферический прозопапарез (паралич мимических мышц) с поздними осложнениями в виде патологических синкинезий, мимических контрактур и гипертонусом мимических мышц контралатеральной стороны.

Цель ботулинотерапии в данном случае — восстановление симметрии лица путем воздействия на синкинезии и контрактуры, обеспечение смыкания век и физиологического увлажнения роговицы.

Тактика инъекций, которые можно предложить данной пациентке, является по сути стандартной (хотя у нас никогда не бывает жестких схем при проведении лечения асимметрии лица):

- инъекции ботулотоксина в непораженную сторону с гипертонусом мышц в обычных терапевтических дозах (лоб, межбровная область);
- инъекции в пораженную область в микродозах — 1/2–1/3 от терапевтических доз — в зоны синкинезий (в круговую мышцу глаза) и в области контрактур — в данном случае в щечную, а также в подбородочную мышцу (**рис. 12**).

В результате проведенной ботулинотерапии мы наблюдали не только эстетическую коррекцию, но и функциональную реабилитацию пациентки.

Завершая обсуждение пациентов с различными проявлениями neuropathии лицевого нерва, хочется еще раз подчеркнуть, что синкинезии выявляются не в покое, а только при мимических движениях. Наглядный пример тому представлен на **рис. 13**. При улыбке, вытягивании губ в трубочку у пациентки, лицо которой симметрично в покое, происходит прищуривание глаза. Схема коррекции синкинезии: микродозы (1/2–1/3 от терапевтической дозы) ботулотоксина вводятся в 3 точки, две из которых расположены на претарзальной части верхнего века, одна — на нижнем веке.

Контрактура на пораженной стороне — это, как правило, спазм скуловых и/или щечных мышц, что создает визуальный эффект отека щеки, хотя реально никакой отечности в период остаточных явлений нет (**рис. 14**).



Рис. 14. Мимическая контрактура в щечноскуловой области может имитировать отек (А). Дифференциальная диагностика проводится при мимической пробе (В)

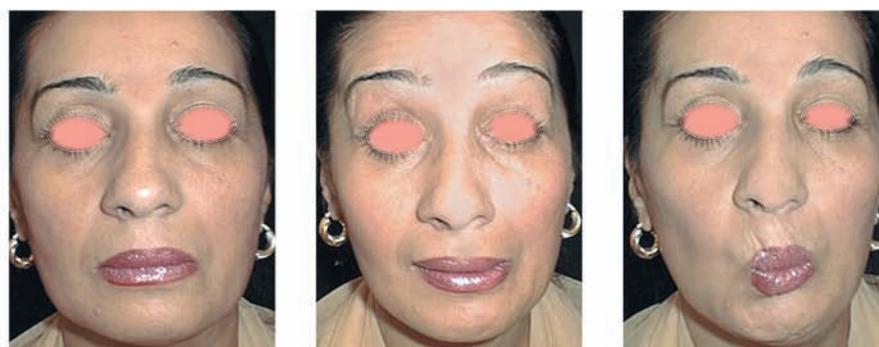


Рис. 13. Выявление синкинезий при мимических пробах: при улыбке, вытягивании губ в трубочку наблюдается прищуривание глаза

Заключение

Итак, пациент обратился с жалобами на морщины и/или асимметрию лица. Неравнодушный взгляд косметолога может выявить заболевания, эти проявления обусловившие. Правильно назначенное лечение (а в большинстве случаев это будет ботулинотерапия) позволит не только эффективно решить эстетическую проблему, но и провести функциональную реабилитацию пациентов, избавить их от боли, депрессии, обеспечить профилактику развития вторичных патологических процессов.

Более того, у пациентов с neuropathией лицевого нерва ботулинотерапия имеет не только эстетическое, медицинское, но и важное социальное значение, поскольку положительно сказывается на качестве жизни, способствует преодолению ограничительного поведения. Особенно это касается пациентов женского пола и тех, кто имеет патологические проявления neuropathии с детства.