

## Междисциплинарный консенсус: тандем хирурга и косметолога. Комплексный междисциплинарный подход к ведению и реабилитации эстетических пациентов

© Е.В. КРУГЛИК<sup>1</sup>, С.В. КРУГЛИК<sup>1</sup>, Ж.Ю. ЮСОВА<sup>2</sup>, Е.А. РАЗУМОВСКАЯ<sup>3</sup>, Д.А. ГРУЗДЕВ<sup>4</sup>, М.А. ВОЛОХ<sup>5</sup>,  
Ю.Ю. ЧЕБОТАРЕВА<sup>6</sup>, И.С. КОЧНЕВА<sup>7, 8</sup>, А.Л. ИЩЕНКО<sup>9–11</sup>

<sup>1</sup>Сеть клиник пластической хирургии и косметологии VIP Clinic, Москва, Калининград, Россия;

<sup>2</sup>ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия;

<sup>3</sup>Клиника «Ренессанс-Косметология», Самара, Россия;

<sup>4</sup>Сеть клиник «Клиника доктора Груздева», Санкт-Петербург, Россия;

<sup>5</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

<sup>6</sup>Клиника «Эстелаб», Москва, Россия;

<sup>7</sup>ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

<sup>8</sup>Клиника эстетической хирургии «АЗBEAUTE», Санкт-Петербург, Россия;

<sup>9</sup>ГБУЗ города Москвы «Городская клиническая больница №31 им. акад. Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия;

<sup>10</sup>ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», Москва, Россия;

<sup>11</sup>Клиника «Артимеда», Москва, Россия

### РЕЗЮМЕ

**Цель.** Выработка консенсуса по взаимодействию косметолога и пластического хирурга на различных этапах ведения пациентов.

**Материал и методы.** 15 февраля 2024 г. в Москве состоялся круглый стол «Эстетические диалоги. Тандем хирурга и косметолога». В мероприятии приняли участие 9 экспертов-косметологов и пластических хирургов, представивших свои наблюдения относительно комплексного ведения и реабилитации эстетических пациентов.

**Результаты.** Эксперты пришли к выводу, что пластические хирурги и косметологи должны работать в тандеме, косметологу очень важно адекватно оценивать пациента и свои возможности и передавать пациента профильному специалисту при необходимости. При этом в большинстве случаев все косметологические вмешательства должны быть прекращены минимум за 6 мес до планируемой даты операции.

**Заключение.** Протоколы и рекомендации совета экспертов могут стать руководством для молодых специалистов для выстраивания взаимоотношений между косметологами и пластическими хирургами.

**Ключевые слова:** косметология, пластическая хирургия, реабилитация, аппаратная косметология.

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Круглик Е.В. — <https://orcid.org/0000-0002-2249-5441>

Круглик С.В. — <https://orcid.org/0000-0002-3096-4439>; e-mail: skruglik2004@mail.ru

Юсова Ж.Ю. — <https://orcid.org/0000-0001-6452-2914>; e-mail: zyusova@mail.ru

Разумовская Е.А. — <https://orcid.org/0000-0001-7879-6625>; e-mail: razumovskaya@mail.ru

Груздев Д.А. — <https://orcid.org/0000-0002-8400-8311>; e-mail: 9394567@mail.ru

Волох М.А. — <https://orcid.org/0000-0002-2244-0248>; e-mail: marivolokh@mail.ru

Чеботарева Ю.Ю. — <https://orcid.org/0000-0002-2820-3729>; e-mail: 2230906@gmail.com

Кочнева И.С. — <https://orcid.org/0000-0002-6443-5834>; e-mail: ilona.kochneva@yandex.ru

Ищенко А.Л. — <https://orcid.org/0009-0004-6319-3089>; e-mail: plastik.sur@gmail.com

**Автор, ответственный за переписку:** Круглик Е.В. — e-mail: ekaterinakruglik@mail.ru

### КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Круглик Е.В., Круглик С.В., Юсова Ж.Ю., Разумовская Е.А., Груздев Д.А., Волох М.А., Чеботарева Ю.Ю., Кочнева И.С., Ищенко А.Л. Междисциплинарный консенсус: тандем хирурга и косметолога. Комплексный междисциплинарный подход к ведению и реабилитации эстетических пациентов. *Пластическая хирургия и эстетическая медицина*. 2025;3 вып. 2:56–63. <https://doi.org/10.17116/plast.hirurgia202503256>

## Interdisciplinary consensus: the tandem of surgeon and cosmetologist. Interdisciplinary approach to the management and rehabilitation of aesthetic patients

© E.V. KRUGLIK<sup>1</sup>, S.V. KRUGLIK<sup>1</sup>, ZH.YU. YUSOVA<sup>2</sup>, E.A. RAZUMOVSKAYA<sup>3</sup>, D.A. GRUZDEV<sup>4</sup>, M.A. VOLOKH<sup>5</sup>, YU.YU. CHEBOTAREVA<sup>6</sup>, I.S. KOCHNEVA<sup>7, 8</sup>, A.L. ISHCHEENKO<sup>9–11</sup>

<sup>1</sup> «VIP Clinic», Moscow, Kaliningrad, Russia;

<sup>2</sup>Central State Medical Academy of the Presidential Administration, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>Clinic «Renaissance Cosmetology», Samara, Russia;

<sup>4</sup>Dr. Gruzdev's Clinic, St. Petersburg, Russia;

<sup>5</sup>Mechnikov North-Western State Medical University, St. Petersburg, Russia;

<sup>6</sup>Estelab Clinic, Moscow, Russia;

<sup>7</sup>St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia;

<sup>8</sup>Clinic of aesthetic surgery «A3BEAUTE», St. Petersburg, Russia;

<sup>9</sup>Savelyeva Hospital No. 31, Moscow, Russia;

<sup>10</sup>Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia;

<sup>11</sup>Artimedica Clinic, Moscow, Russia

### ABSTRACT

**Objective.** To develop a consensus on interaction between cosmetologist and plastic surgeon at various stages of patient care.

**Material and methods.** An advisory board «Aesthetic dialogues. The tandem of surgeon and cosmetologist» was conducted on February 15, 2024. Nine experts (cosmetologists and plastic surgeons) took part and presented their ideas on aesthetic management and rehabilitation.

**Results.** Plastic surgeons and cosmetologists should work in tandem. It is very important for cosmetologists to adequately assess patients, understand own capabilities and transfer appropriate patients to plastic surgeons if necessary. At the same time, all cosmetic interventions should be usually discontinued at least 6 months before surgery.

**Conclusion.** The protocols and recommendations of the Advisory Board can become a guide for young professionals to build relationships between cosmetologists and plastic surgeons.

**Keywords:** cosmetology, plastic surgery, rehabilitation, hardware cosmetology.

### INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Kruglik E.V. — <https://orcid.org/0000-0002-2249-5441>

Kruglik S.V. — <https://orcid.org/0000-0002-3096-4439>; e-mail: skruglik2004@mail.ru

Yusova Zh.Yu. — <https://orcid.org/0000-0001-6452-2914>; e-mail: zyusova@mail.ru

Razumovskaya E.A. — <https://orcid.org/0000-0001-7879-6625>; e-mail: razumovskaya@mail.ru

Gruzdev D.A. — <https://orcid.org/0000-0002-8400-8311>; e-mail: 9394567@mail.ru

Volokh M.A. — <https://orcid.org/0000-0002-2244-0248>; e-mail: marivolokh@mail.ru

Chebotareva Yu.Yu. — <https://orcid.org/0000-0002-2820-3729>; e-mail: 2230906@gmail.com

Kochneva I.S. — <https://orcid.org/0000-0002-6443-5834>; e-mail: ilona.kochneva@yandex.ru

Ishchenko A.L. — <https://orcid.org/0009-0004-6319-3089>; e-mail: plastik.sur@gmail.com

**Corresponding author:** Kruglik E.V. — e-mail: ekaterinakruglik@mail.ru

### TO CITE THIS ARTICLE:

Kruglik EV, Kruglik SV, Yusova ZhYu, Razumovskaya EA, Gruzdev DA, Volokh MA, Chebotareva YuYu, Kochneva IS, Ishchenko AL. Interdisciplinary consensus: the tandem of surgeon and cosmetologist. Interdisciplinary approach to the management and rehabilitation of aesthetic patients. *Plastic Surgery and Aesthetic Medicine*. 2025;3 issue 2:56–63. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/plast.hirurgia202503256>

## Введение

В настоящее время большинство пациентов косметологов и пластических хирургов не являются «нативными», т.е. имеют анамнез косметических вмешательств, часто довольно обширный. Такие пациенты часто вызывают затруднения у специалистов, так как сбор анамнеза бывает затруднен, а результаты ранее проведенных процедур могут усложнять последующую работу. При этом клинических рекомендаций или протоколов, которые координировали бы работу специалистов эстетической медицины, на сегодняшний день не существует, что и вдохновило авторов на составление рекомендаций.

## Материал и методы

15 февраля 2024 г. в Москве под патронажем Н.Е. Мантуровой состоялся совет экспертов «Эстетические диалоги. Тандем хирурга и косметолога». В мероприятии приняли участие 9 экспертов-косметологов и пластических хирургов, представивших свои наблюдения относительно комплексного ведения и реабилитации эстетических пациентов косметологом в отделении пластической хирургии или косметологии. В ходе совета экспертов обсуждались вопросы совместного ведения пациента врачами нескольких специальностей, реабилитации пациентов после эстетических процедур и подготовки

к вмешательствам, а также сложные ситуации, в которых врач может прибегнуть к помощи коллег.

Цель совета экспертов — выработка консенсуса по взаимодействию косметолога и пластического хирурга на различных этапах ведения пациентов:

1. На каком этапе врач-косметолог должен передать пациента пластическому хирургу или запросить его консультации?
2. Комплексный и грамотный подход к реабилитации эстетических пациентов косметологами и пластическими хирургами.
3. Влияют ли ранее проведенные эстетические процедуры или оперативные вмешательства на последующую работу специалиста?
4. Максимальные объемы дермальных наполнителей (филлеров) различного происхождения, максимальное количество шовного материала (нитей) и максимальный объем аппаратных воздействий разного характера, которые не усложняют последующую работу хирурга в случае решения пациента о проведении операции.

В первую очередь эксперты обсуждали вопрос взаимодействия между специальностями: как влияют ранее перенесенные косметические вмешательства на последующую работу пластического хирурга.

Пластические хирурги часто сталкиваются с последствиями работы косметологов у пациентов, которым предстоят пластические операции. Часто результаты эстетических вмешательств не сопровождаются никакими нежелательными явлениями и полностью устраивают пациента и врача, но в то же время вызывают затруднения у хирурга в ходе оперативного вмешательства. Эксперты делились многочисленными примерами сложных случаев, не имевших никаких визуальных симптомов, но спровоцировавших сомнения и затруднения у хирурга. Среди наиболее частых кейсов эксперты выделили:

- 1) нити, особенно нерассасывающиеся, обычно удаляются хирургом в ходе операции, однако часто это затруднительно выполнить вследствие сложных методик фиксации к реперным точкам. Кроме того, некоторые типы нитей визуально очень похожи на ветви нервов, что вызывает определенное напряжение у хирурга;
- 2) подкожные отложения препаратов гидроксиапатита кальция, которые визуально могут напоминать нервные стволы (**рис. 1**). У худых пациентов такие кисты часто ошибочно принимают за атеромы;
- 3) филлеры на основе гиалуроновой кислоты в тканях, особенно в значительных объемах. Эксперты рекомендовали выводить препараты гиалуроновой кислоты перед операцией при помощи ферментных препаратов. Большой объем препаратов гиалуроновой кислоты может вызвать нарушение объемной композиции лица и более тяжелое протекание реабилитационного периода (например, стойкую лимфедему);



**Рис. 1.** Отложения гидроксиапатита кальция в тканях, обнаруженные во время операции (фотография предоставлена М.А. Волох).

- 4) SMAS-лоскут после многочисленных высокоэнергетических процедур остается достаточно прочным, но при этом становится очень хрупким. Хирурги называют такое явление «бетонное лицо». Кроме того, его толщина может быть разной на разных участках лица: если SMAS-лоскут истончен косметологическими процедурами, то его бывает очень сложно выделить;
- 5) ригидность кожных покровов после высокоэнергетических процедур приводит к тому, что кожный лоскут бывает достаточно сложно редрапировать и придать ему новое положение.

С целью понимания влияния объема предыдущих косметических вмешательств на работу пластического хирурга в Vip Clinic (Москва, Калининград) запущено мультицентровое ретроспективное исследование карт пациентов, получивших процедуру хирургического лифтинга лица в данных клиниках. Всего было проанализировано 1100 карт пациентов, из которых анамнез 880 пациентов был точно задокументирован (пациенты получали процедуры только в VIP Clinic). Анамнез еще 202 пациентов не был достоверно известен (до обращения в VIP Clinic пациенты получали процедуры в других лечебных учреждениях). В ходе подготовки к операции и после оперативного вмешательства оперирующий хирург заполнял стандартный check-list клиники, на основе которого и определялось количество предшествующих вмешательств, не вызывавшее у хирурга затруднений.

Согласно предварительным результатам данного исследования было определено среднее количество косметологических процедур, полученных пациентом в течение 1 года, а также комфортное количество косметологических вмешательств, которое не затрудняло дальнейшую работу пластического хирурга (**табл. 1**). На момент публикации статьи исследование продолжается, авторы планируют представить финальные результаты в течение года.

Таким образом, эксперты рекомендовали пациентам, планирующим хирургическое вмешательство,

Таблица 1. Количество косметологических процедур за 1 год, не затрудняющее последующую работу пластического хирурга

Косметологическая процедура	Среднее количество косметологических процедур за 1 год	Максимальное количество косметологических процедур за 1 год	Количество косметологических процедур, не оказывавшее влияния на дальнейшую работу пластического хирурга
<i>Филлеры</i>			
Гиалуроновая кислота	4 (объем препарата не уточнен)	12	4
Гидроксипатит кальция	1 (объем препарата не уточнен)	10	4
Бланширование	1 (объем препарата не уточнен)	2	1
<i>Мезотерапия и биоревитализация</i>			
Мезотерапия	6	12	4
Биоревитализация	4	10	4
Биостимуляция	1	2	1
<i>Ботулинотерапия</i>			
Ботулинотерапия	42 Ед (1—6 процедур)	290 Ед	100 Ед
<i>Аппаратные процедуры</i>			
RF-лифтинг (биполярный, микроигльчатый)	2	6	2—4
Микрофокусированный ультразвук	400 линий	1800 линий	800—1000 линий
Лазерный фототермолиз	1	4	2—4
Фотоомоложение (IPL)	2	6	2—4
Пикосекундное лазерное омоложение PicoSure	1	5	4—5
<i>Нити</i>			
Нити полиэфирные	0	10	6
Нити проленовые	0	6	2
Нити биодеградирующие	0	12	6

отказаться от косметических процедур за некоторое время (от полугода до 1 мес в зависимости от процедуры) до планируемой даты операции. Эксперты подчеркивают, что пока исследование завершено не полностью и имеет ряд ограничивающих нюансов. Важно отметить, что в ходе данного исследования учитывался только количественный показатель, но не учитывался качественный показатель. Например, 2—3 нити в средней зоне лица могут являться существенной проблемой во время операции в зависимости от техники их установки, при этом количество их остается незначительным.

Эксперты согласились, что удобство хирурга в ходе операции — один из важных элементов ее успеха, а также что пациент, переданный оперирующему хирургу косметологом, должен быть «комфортным» для оперативного вмешательства:

- 1) косметолог должен работать с пациентом системно, разумно, этиологически и симптоматически. Например, пациенты с гиперобъемами дермальных имплантатов часто являются проблемными для пластического хирурга;
- 2) косметолог должен быть осведомлен об основных техниках хирургических вмешательств, так же как и хирург должен понимать принципы проведения эстетических процедур;

3) за определенное время до операции пациент должен прекратить все косметологические вмешательства.

Отдельно эксперты затронули косметические и оперативные вмешательства в области губ (это наиболее частая область, с нее многие косметологи начинают свою карьеру) и установку нитей (это наиболее сложное вмешательство на стыке косметологии и пластической хирургии).

На сегодняшний день аугментация губ является одной из основных причин для обращения к косметологу, и специалисту очень важно понимать, сможет ли он удовлетворить запрос пациента самостоятельно.

Эксперты выделили три возможные ситуации: когда губы можно скорректировать филлером; когда коррекция филлером возможна, но имеются веские основания для операции; когда операция предпочтительна и пациента необходимо передать пластическому хирургу (табл. 2).

Если же пациент приходит с запросом на коррекцию губ напрямую к пластическому хирургу, эксперты рекомендуют:

- 1) провести обязательную консультацию у косметолога для определения возможности коррекции наполнителем;

Таблица 2. Выбор метода коррекции губ

Показана коррекция филлером	Коррекция филлером возможна, но выбирается операция	Операция предпочтительна
Кожная часть верхней губы гармонирует с нижней губой и лицом в целом	Филлер быстро рассасывается	Кожная часть верхней губы длиннее 18–22 мм
Губа развернута, хотя и имеет недостаток объема	Филлер ложится комочками либо мигрирует	Выраженная асимметрия кожной части губ
Углы губ не опущены либо птоз незначительный	Аллергическая реакция на введение филлера Психологическая непереносимость инъекций	Выраженное опущение или асимметрия углов рта Очень дефицитная верхняя губа Верхняя губа ввернута вовнутрь Верхние резцы не визуализируются при приоткрывании рта После коррекции филлером пациент остается неудовлетворенным формой губ

2) по возможности выполнять комплексную коррекцию с учетом всех эстетических недостатков (чаще всего это сочетание нескольких техник в рамках одной операции).

При обсуждении деликатной зоны губ эксперты затронули и случаи пациентов, получивших augmentation губ биополимерными гелями. После хирургического удаления гелей пластическому хирургу обязательно требуется помощь косметолога для реабилитации пациента. После полного заживления ран и слизистой оболочки в качестве послеоперационной реабилитации таких пациентов может использоваться:

- 1) введение лонгидазы (1 раз в 3 дня, 10 процедур);
- 2) ультразвук с гелем ферменкол (1 раз в 2 дня, 10 процедур);
- 3) дипроспан (при необходимости) в разведении 1:3 с лидокаином 2% (1 раз в 2 нед, 2–3 процедуры).

Подобные рекомендации могут быть применены и до хирургического вмешательства: иногда это приводит к значительному размягчению геля и снятию жалоб у пациента.

Еще одной темой обсуждения стали нитевые методики, которые сегодня часто применяются косметологами как в общепринятых, так и в авторских техниках.

Эксперты подчеркнули, что для пациента существуют три основополагающих элемента процедуры: эффективность, время и стоимость. Пластическая хирургия демонстрирует высочайшую эффективность, но требует значительного времени реабилитации и денежных затрат. Косметология при ограниченной эффективности предполагает быструю реабилитацию и в основном дешевле оперативных вмешательств. Нити же сочетают параметры эффективности и более быструю (по сравнению с хирургией) реабилитацию, что и обуславливает их популярность.

При этом нити часто устанавливаются как перед оперативным вмешательством (если ткани атонич-

ны и необходимо их уплотнение), так и в ходе самой операции (таким образом уменьшают стоимость и совмещают два реабилитационных периода) и после нее для пролонгации результата. При этом важно информировать пациента обо всех нежелательных явлениях, которые могут возникнуть у него после установки нитей (в том числе в будущем при возможном планировании последующего оперативного вмешательства).

Также был поднят вопрос о целесообразности запрета на установку нерассасывающихся нитей косметологами, однако эксперты сочли такой запрет нецелесообразным. Нерассасывающиеся нити могут быть более безопасны, чем рассасывающиеся, так как не взаимодействуют с организмом пациента (что важно для лиц с аллергией или онкологическими заболеваниями в анамнезе). Однако нерассасывающиеся нити не имеют ярко выраженных достоинств для косметолога. Рассасывающиеся нити проще в обращении: при постепенном снижении эффекта их можно установить повторно, результат можно закрепить аппаратными процедурами. Таким образом, эксперты считают, что в будущем косметологи самостоятельно откажутся от использования нерассасывающихся нитей, так как процедура не несет ярко выраженных преимуществ, но имеет некоторые недостатки (что особенно касается авторских техник, которые часто сопровождаются сложностями в реабилитационном периоде).

Второй глобальной темой, затронутой в ходе круглого стола, стали реабилитация хирургических и косметологических пациентов и важность мультидисциплинарного подхода к ней.

Существуют общие принципы реабилитации, которых специалисты должны придерживаться в своей практике: раннее начало, обоснованность, комплексный мультидисциплинарный подход, индивидуальность, непрерывность, преемственность, этапность и активное участие пациента. При этом реабилитация должна начинаться еще до вмешательства, продолжаться во время него и проводиться после него.

Эксперты подчеркнули, что реабилитационный потенциал каждого пациента различен и скорость репаративных процессов в коже зависит от многих факторов. На скорость реабилитации могут влиять в том числе довольно неожиданные факторы, например социально-бытовые условия и психологические проблемы пациента. Эксперты подчеркнули, что порой период реабилитации даже важнее самого результата вмешательства, так как в процессе реабилитации о пациенте заботятся и уделяют ему максимум внимания. Зачастую пациент не знает, что происходило в операционной, но в значительной мере запомнит и оценит период реабилитации, фиксируя результат работы врача именно через призму заботы о нем и внимания к его состоянию.

Классическая реабилитация в отделении пластической хирургии обычно включает 3 участников: пациента, косметолога и хирурга. Но эксперты считают, что в идеальных условиях в процессе послеоперационной реабилитации должны быть задействованы в том числе: специалист-реабилитолог, врач лечебной физической культуры, физиотерапевт, эрготерапевт, диетолог, медицинская сестра, иногда дополнительно психолог.

Существуют классические методы реабилитации, которые сегодня активно применяются в отделении пластической хирургии и косметологии:

- 1) силиконовые гели или пластины (для блокировки трансэпидермальной потери воды с раневой поверхности);
- 2) компрессионная терапия (тейпирование и компрессионные маски);
- 3) микротоковая и ультразвуковая терапия, фармафорез;
- 4) низкоинтенсивная ультразвуковая терапия;
- 5) LED-терапия (фотобиомодуляция);
- 6) низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ);
- 7) мезотерапия.

Кроме того, существует перечень методов, которые присутствующие эксперты не только широко применяют в косметологии, но и экспортируют в отделение пластической хирургии для реабилитации пациентов после оперативных вмешательств:

1. Фотодинамическая терапия (ФДТ) с фотосенсибилизатором. Данная процедура включает в себя три фактора: непосредственно фотосенсибилизатор (сферометаллохлоринол), а также свет и кислород. ФДТ запускает процессы самоликвидации поврежденных клеток и обладает антисептическим эффектом;
2. PRP-терапия (platelet-rich plasma). Ее регенерирующий потенциал в тканях реализуется за счет увеличения в тканях концентрации и митотической активности мезенхимальных стволовых клеток. PRP-терапия активна в период травмы либо же применяется вместе с активатором и прово-

дится начиная с 10-го дня после операции, однократно;

3. Импульсный лазер на красителях (ИЛК-лазер). Это селективный лазер, работающий исключительно с оксигемоглобином и карбоксигемоглобином, поэтому он оптимален для устранения сосудистых поражений (телеангиэктазии, гематомы), хотя эксперты и обращают внимание на сложности в техническом обслуживании таких аппаратов;
4. Пикосекундный александритовый лазер. Отличается тем, что работает по типу фотоакустического удара, т.е. фотомеханического эффекта (ткани нагреваются всего до 37 °С, поэтому дополнительной травмы не происходит). Такой тип аппаратов хорошо справляется с дермальной и эпидермальной пигментацией, а также с посттравматическими рубцами, особенно белыми;
5. Трегалоза. Активно используется в косметологии в комбинации с гиалуроновой кислотой, является активным антиоксидантом и биостимулятором, способствует выживанию кожных лоскутов и ангиогенезу при трансплантации и ишемизации тканей. Имеет обширный список показаний, в числе которых коррекция возрастных изменений, акне, розацеа и гиперпигментация;
6. Микроигольчатый радиофракционный лифтинг. Оптимально подходит для сокращения кожи после трансконъюнктивальной блефаропластики и для коррекции рубцов;
7. Ботулинотерапия. Является вспомогательным методом для формирования малозаметных нормотрофических рубцов. Кроме того, ботулинотерапия эффективно защищает ткани от первичной ишемии, что подтверждено многочисленными исследованиями (однако ее эффективность при вторичной ишемии пока не вполне доказана);
8. Нуклеотиды (полидезоксирибонуклеотиды — PDRN). Активно применяются в медицине, обладают доказанным ранозаживляющим действием, могут профилактировать формирование рубцов;
9. Магнитотерапия. Способна усиливать обмен кислорода в тканях и трофические процессы, при этом пациенты очень хорошо переносят эти процедуры. Эксперты рекомендуют проводить процедуры с 5-х суток после операции 2 раза в неделю, затем 1 раз в неделю;
10. Низкоинтенсивное внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК). Применяется внутривенно или надвенно, при этом изменение мощности позволяет добиться совершенно разных эффектов. Методика вызывает благоприятные изменения эритроцитов и в целом улучшает реологию крови. Процедуры проводят с 5-го дня после операции и до 3 нед 1 раз в неделю;
11. Фототерапия (intense pulsed light — IPL). Способствует уменьшению отека, улучшению трофики



**Рис. 2.** Реабилитация пациента (начало спустя 1 мес после оперативного вмешательства). Магнитотерапия, внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), фотоомоложение (IPL).

а — до реабилитационных процедур; б — спустя 3 нед после реабилитационных процедур.



**Рис. 3.** Реабилитации пациента.

а — до реабилитационных процедур; б — спустя 4 нед после реабилитационных процедур.

**Таблица 3.** Предложенный протокол реабилитации после процедуры хирургического SMAS-лифтинга

Срок	Процедура	Параметры
В момент операции для подготовки кожи	CO <sub>2</sub> -лазерная шлифовка	350/1200 мс/20 Вт
	Микроигльчатый RF-лифтинг	20—30 Вт, 4—5 мм
	Пикосекундное фотоакустическое омоложение	По протоколу производителя
После операции для уменьшения повреждений	С 5-го дня Микроотоковая терапия	ФДТ HELEO4, ИЛК Candela
	С 10-го дня Клеточное омоложение Cortexil	Наппаж или местно на постоперационную рану
	С 10-го дня Биполярный RF-лифтинг Forma БТА для формирования рубца	По протоколу производителя 1—2 Ед на 1 см <sup>2</sup> рубцовой ткани
	С 30-го дня Пикосекундный лазер PicoSure + ИЛК Candela	По протоколу производителя
	С 30-го дня Микроигльчатый RF-лифтинг Morpheus 8	По протоколу производителя

*Примечание.* RF-лифтинг — радиочастотный лифтинг; ФДТ — фотодинамическая терапия; ИЛК — импульсный лазер на красителях; БТА — ботулинический токсин типа А.

**Таблица 4.** Предложенный протокол реабилитации после процедуры блефаропластики

Срок	Процедура	Параметры
Подготовка к операции	За 30 дней Мезотерапия	В зависимости от препарата
	За 30—14 дней Растворение ранее введенных филлеров ферментными препаратами	
	За 30—14 дней Ботулинотерапия	
	Пикосекундное фотоакустическое омоложение Picosure	По протоколу производителя
После операции для уменьшения повреждений	С 10-го дня Микроотоковая терапия, ФДТ HELEO4, ИЛК Candela, клеточное омоложение Cortexil	По протоколу производителя
	С 14-го дня Пикосекундный лазер PicoSure	По протоколу производителя
	С 30-го дня БТА для формирования рубца	1—2 Ед на 1 см <sup>2</sup> рубцовой ткани

*Примечание.* ФДТ — фотодинамическая терапия; ИЛК — импульсный лазер на красителях; БТА — ботулинический токсин типа А.

тканей, ускорению их ремоделирования, при этом использование различных фильтров позволяет добиться различных эффектов. Фототерапия способна ингибировать ключевой путь воспалительного ответа клетки. Процедуру проводят начиная с 10-х суток после операции 1 раз в 10 дней (рис. 2, 3).

Некоторые эксперты применяют в реабилитационной практике карбокситерапию, однако отсутствие доказательной базы и четких протоколов ограничивает использование этого метода.

Эксперты подчеркивают, что рекомендованных протоколов реабилитации после различных оперативных вмешательств не существует, однако в своей практике они успешно опробовали несколько комбинаций (табл. 3, 4).

Также эксперты коснулись обсуждения послеоперационной лимфедемы как одного из самых частых осложнений после пластических операций. В качестве основных методов профилактики лимфедемы эксперты выделили:

- 1) хирургические: в ходе операции нежелательно повреждать ткань на всех трех уровнях (в частности, рекомендовано избегать некоторых травматичных сочетанных техник, например не выполнять CheekLift и LowSMAS одновременно);
- 2) анестезиологические: рекомендовано использовать коллоидные растворы вместо кристаллоидных, чтобы избежать излишнего введения жидкости;
- 3) физические: тейпирование, особенно в области шеи, аппаратные техники, такие как микротоковая терапия, сонофорез, фототерапия (BBL в режиме HERO или SkinTyte).

## Выводы

Таким образом, эксперты составили свои рекомендации для совместной работы косметолога и пластического хирурга:

- косметолог должен адекватно оценивать пациента и свои возможности, знать показания к оперативному вмешательству и передавать пациента профильному специалисту при необходимости;
- в большинстве случаев все косметологические вмешательства должны быть прекращены минимум за 6 мес до планируемой даты операции (кроме вмешательств, готовящих ткани пациента к хирургическому вмешательству);
- пластические хирурги и косметологи должны работать в тандеме: хирургическое вмешательство ухудшает качество тканей, поэтому пластический хирург должен обращаться к коллегам-косметологам для последующей реабилитации пациента и восстановления тканей после операции;
- косметолог также должен знать основные принципы проведения хирургических операций, определять границы диссекции и понимать реальные результаты хирургических вмешательств. Эксперты рекомендуют косметологам периодически посещать операционную с целью ознакомления с оперативными техниками. Хирург также должен знать методики, которые применяют косметологи, чтобы грамотно собрать анамнез и свободно ориентироваться во время операции.

Эксперты признают, что существуют недостатки коммуникации и некое «соперничество» между врачами-косметологами и пластическими хирургами, в то время как в первую очередь между специальностями должно быть налажено качественное взаимодействие. Также эксперты признают, что нуждаются в большем количестве исследований и протоколов работы на стыке двух дисциплин для аргументации своей позиции.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.  
The authors declare no conflicts of interest.**