

Варианты хейлопластики в различных клинических ситуациях

© И.С. КОЧНЕВА^{1,3}, М.Г. БУРЛОВА^{1,2}, Н.П. КОРАБЛЕВА^{1,3}, Е.Е. ГРЕЦКОВА²

¹Клиника эстетической хирургии «Абриэль», Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

³Клиника пластической хирургии «АЗBEAUTE», Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

Цель исследования. Определить показания к сочетанию методик хейлопластики между собой в различных клинических ситуациях для получения гармоничного эстетического результата. Разработать алгоритм применения хирургической коррекции губ в зависимости от клинической ситуации. Оценить изменение пропорций нижней трети лица после выполнения сочетания методик хейлопластики.

Материалы и методы. Оценены результаты применения операций хейлопластики у 817 пациентов в сроки с 2013 по 2022 г. Из них методики булхорн, или корнер-лифт, или VY-пластика губ использовались изолированно у 472 (57,8%) пациентов, а у 345 (42,2%) пациентов выполнялось сочетание методик хейлопластики между собой: булхорн + корнер-лифт у 82 (23,8%) пациентов; булхорн + VY-пластика верхней и/или нижней губы у 184 (53,3%) пациентов; корнер-лифт + VY-пластика верхней губы у 43 (12,5%) пациентов; булхорн + корнер-лифт + VY-пластика верхней губы у 36 (10,4%) пациентов. Сроки наблюдения составили от 4 мес до 9 лет.

Результаты. Определены показания для каждого вида хейлопластики. Отмечено, что изолированное применение какого-либо определенного вида хирургического вмешательства на губах позволяет устранить только один эстетический недостаток в области губ, а при наличии одновременно нескольких эстетических недостатков и/или деформаций необходимо одновременно сочетать методики хейлопластики между собой. Разработан и применяется в клинической практике алгоритм коррекции губ и периоральной области в зависимости от исходных параметров и морфологии губ.

Заключение. Восстановить идеальные пропорции нижней трети лица можно при помощи различных методик хейлопластики, используемых одновременно. Грамотное определение исходной эстетической деформации губ позволяет правильно выбрать методику хейлопластики, а при необходимости выполнять сочетание нескольких видов хирургического вмешательства на губах для воссоздания идеальных пропорций лица и получения гармоничного результата.

Ключевые слова: булхорн, корнер-лифт, хейлопластика, VY-пластика, подтяжка губы, пластика лица, омоложение периоральной области, пластика губ.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

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

Бурлова М.Г. — <https://orcid.org/0000-0002-1778-7204>; e-mail: dr.burlova@abriell.ru

Кораблева Н.П. — <https://orcid.org/0000-0002-8436-7103>; e-mail: ncorabl@gmail.com

Грецкова Е.Е. — <https://orcid.org/0000-0003-4226-3872>; e-mail: dr.gretskova@abriell.ru

Автор, ответственный за переписку: Кочнева Илона Сергеевна — e-mail: ilona.kochneva@yandex.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Кочнева И.С., Бурлова М.Г., Кораблева Н.П., Грецкова Е.Е. Варианты хейлопластики в различных клинических ситуациях.

Пластическая хирургия и эстетическая медицина. 2024;1:31–39. <https://doi.org/10.17116/plast.hirurgia202401131>

Cheiloplasty options for various clinical situations

© I.S. KOCHNEVA^{1,3}, M.G. BURLOVA^{1,2}, N.P. KORABLEVA^{1,3}, E.E. GRETSKOVA²

¹Clinic of Aesthetic Surgery «Abriell», St. Petersburg, Russia;

²St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia

³AZBEAUTE Clinic of plastic surgery

ABSTRACT

Objective. To determine the indications for combination of cheiloplasty techniques in various clinical conditions for harmonious aesthetic results; to develop an algorithm for cheiloplasty according to clinical conditions; to assess proportions of the lower third of the face after combination of cheiloplasty techniques.

Material and methods. We analyzed cheiloplasty outcomes in 817 patients between 2013 and 2022. Bullhorn alone (corner lift or V-Y repair) was performed in 472 (57.8%) patients, and 345 (42.2%) ones underwent a combination of techniques: bullhorn + corner lift in 82 (23.8%) patients; bullhorn + V-Y repair of the upper and/or lower lip in 184 (53.3%) patients; corner lift + V-Y upper lip repair in 43 (12.5%) patients; bullhorn + corner lift + V-Y upper lip repair in 36 (10.4%) patients. The follow-up period ranged from 4 months to 9 years.

Results. We established the indications for each cheiloplasty option. Any specific surgical intervention alone eliminates only one aesthetic defect of the lip. Several aesthetic defects and/or deformities require a combination of cheiloplasty techniques. An algorithm for lip and perioral correction has been developed and implemented in clinical practice depending on baseline parameters and morphology of lips.

Conclusion. Combinations of cheiloplasty techniques can restore ideal proportions of the lower third of the face. Proper assessment of baseline lip deformation allows you to select the correct cheiloplasty technique and, if necessary, perform several surgical interventions to recreate the ideal proportions of the face.

Keywords: bullhorn, corner lift, cheiloplasty, V-Y repair, lip lift, facial plastic surgery, perioral rejuvenation, lip surgery.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

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

Burlova M.G. — <https://orcid.org/0000-0002-1778-7204>; e-mail: dr.burlova@abriell.ru

Korableva N.P. — <https://orcid.org/0000-0002-8436-7103>; e-mail: ncorabl@gmail.com

Gretskova E.E. — <https://orcid.org/0000-0003-4226-3872>; e-mail: dr.gretskova@abriell.ru

Corresponding author: Kochneva I.S. — e-mail: ilona.kochneva@yandex.ru

TO CITE THIS ARTICLE:

Kochneva IS, Burlova MG, Korableva NP, Gretskova EE. Cheiloplasty options for various clinical situations. *Plastic Surgery and Aesthetic Medicine*. 2024;1:31–39. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/plast.hirurgia202401131>

Введение

В современной пластической хирургии необходимо планировать эстетическую коррекцию лица так, чтобы его составляющие были пропорциональны друг другу. Губы являются важным компонентом симметрии и эстетики лица. Не существует четких, определенных показателей, обозначающих размеры губ для конкретного человека. Соответственно, при всех видах эстетических операций на губах необходимо уделять особое внимание анализу периоральной области в целом.

Перед планированием хирургической коррекции губ пропорции всего лица оцениваются по вертикали. В идеале лицо делится на три равные части, где в нижней его трети одна треть расстояния отводится на кожную часть и красную кайму верхней губы, а две трети занимают ширина красной каймы нижней губы и высота кожной части подбородка [1] (рис. 1).

При непосредственном выборе методики хейлопластики необходимо учитывать признаки строения молодого рта. Эти признаки следующие: верхняя губа относится к нижней в пропорции 1:1,6 [2]; губы умеренно полные, равномерно и достаточно ярко окрашены, нижняя губа чуть полнее, а верхняя губа в сагиттальной проекции выступает на 1–2 мм вперед; четко выражен белый валик [3–5], углы рта немного приподняты [6], ярко выражены «дуга Купидона», колонны фильтрума и другие анатомические изгибы; кожная часть верхней и нижней губы гладкая, без вертикальных морщин [7].

Основными хирургическими методами улучшения формы и объема губ являются: булхорн, корнер-лифт, VY-пластика.

В данной статье показан опыт применения различных техник хейлопластики в сочетании между собой для получения гармоничного эстетического результата. Разработан и применяется в клинической практике алгоритм коррекции губ и периоральной области в зависимости от исходных параметров и морфологии губ. Выделены основные моменты предоперационной разметки и подробно описаны техники выполнения операции корнер-лифт и VY-пластики.

Материал и методы

В период с 2013 по 2022 г. хейлопластика была выполнена 817 пациентам (14 мужчинам и 813 женщинам). Возраст пациентов варьировал от 18 до 73 лет. Операции булхорн, или корнер-лифт, или VY-пластика губ были проведены изолированно 472 (57,8%) пациентам, а у 345 (42,2%) пациентов было использовано сочетание методик хейлопластики между собой: булхорн + корнер-лифт у 82 (23,8%) пациентов; булхорн + VY-пластика верхней и/или нижней губы у 184 (53,3%) пациентов; корнер-лифт + VY-пластика верхней губы у 43 (12,5%) пациентов; булхорн + корнер-лифт + VY-пластика верхней губы у 36 (10,4%) пациентов. Сроки наблюдения составили от 4 мес до 9 лет (таблица).

Были изучены истории болезни, амбулаторные карты и стандартизированные фотографии пациентов. Проводились предоперационные и послеоперационные измерения по алгоритму, представленному на рис. 2. На основании перечисленных пунктов была выполнена оценка результатов.

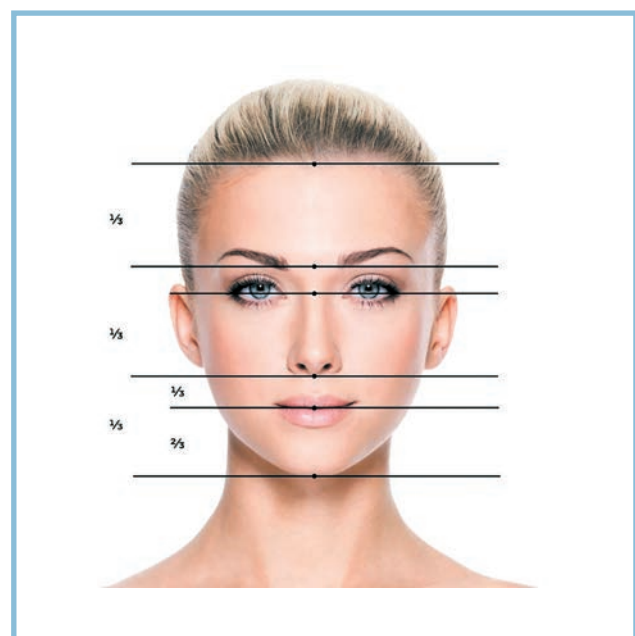


Рис. 1. Идеальные пропорции лица во фронтальной плоскости.

Операции хейлопластики в количественном представлении изолированно и в сочетании между собой

Характер выполнения операций хейлопластики	Общее количество пациентов	Название методики хейлопластики	Количество пациентов по группам использования методик
Изолированно	472	Булхорн	244
		VY-пластика	150
		Корнер-лифт	78
Сочетание методик хейлопластики	345	Булхорн + VY-пластика	184
		Булхорн + корнер-лифт	82
		Корнер-лифт + VY-пластика	43
		Булхорн + VY-пластика + корнер-лифт	36

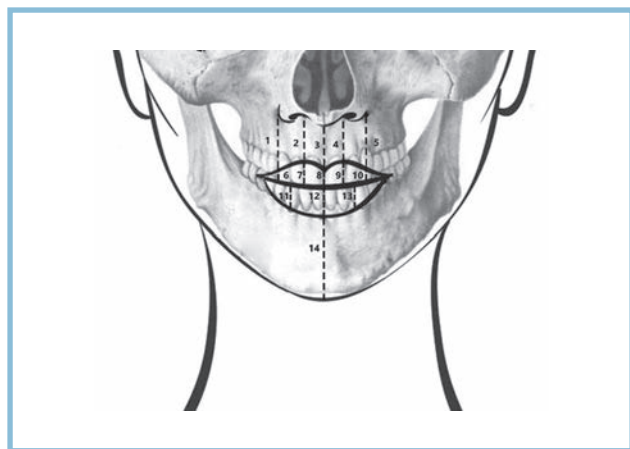


Рис. 2. Алгоритм измерения расстояний в области губ и периоральной зоне.

1, 5 — расстояние от правой и левой ноздрей до красной каймы верхней губы; 2, 4 — высота правой и левой колонн филтрума; 3 — высота кожной части в центре филтрума; 6, 10 — высота красной каймы в правой и левой латеральных частях верхней губы; 7, 9 — высота красной каймы в проекции правой и левой колонн филтрума; 8 — высота красной каймы верхней губы в центре; 11, 13 — высота красной каймы в правой и левой латеральных частях нижней губы; 12 — высота красной каймы нижней губы в центре; 14 — высота кожной части подбородка.

В случае, когда из анамнеза выявлялось использование филлеров для увеличения объема губ, было рекомендовано их удаление таким образом, чтобы последнее введение растворяющего геля пре-

парата осуществлялось не позднее чем за 14 дней до дня операции. Удаление филлеров входило в предоперационную подготовку пациента.

Прежде чем планировать операцию на губах, необходимо знать их основные параметры и морфологию. В книге Е.И. Губановой «Губы. Формы и старение. Эстетический атлас» [8] губы различают по ширине, высоте, толщине, а также по контуру и их форме (все фото пациентов — из собственного архива клиники «Абриелль»).

Используются следующие термины.

Ширина губ — это расстояние между коммиссурами, измеренное в состоянии покоя (**рис. 3**).

Высота верхней губы — это расстояние от основания колумеллы до контура красной каймы верхней губы. По высоте верхняя губа может быть (**рис. 4**):

- короткой (низкой) — высота менее 10—15 мм;
- средней — высота около 15 мм;
- длинной (высокой) — высота более 15—17 мм.

Толщина губ — это фактически высота красной каймы, которая измеряется по вертикали в пределах вермилиона по центру и по краям (**рис. 5**). Если латеральная часть верхней губы составляет менее половины центральной части, то такая губа называется дефицитной (**рис. 6**).

По толщине губы делятся на: очень тонкие губы, тонкие губы, средние по толщине губы, толстые губы, очень толстые губы (**рис. 7**).

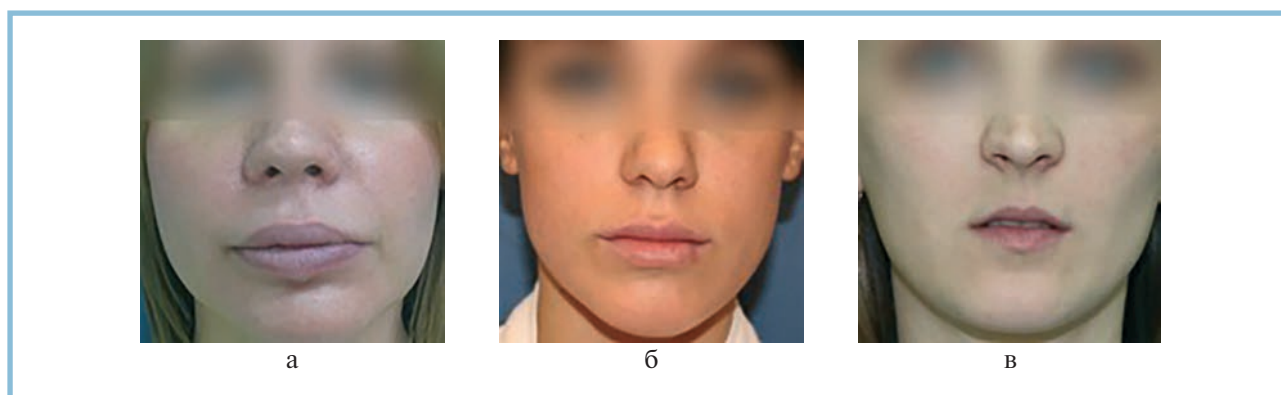


Рис. 3. Классификация губ по ширине.

а — большие губы — коммиссуры за пределами зрачковой линии; б — средние губы — коммиссуры на уровне зрачковой линии (в среднем у женщин это расстояние составляет 50,9 мм); в — маленькие губы — коммиссуры в пределах зрачковой линии (в).



Рис. 4. Классификация верхней губы по высоте.

а — короткая (низкая) губа; б — средняя губа; в — длинная (высокая) губа.

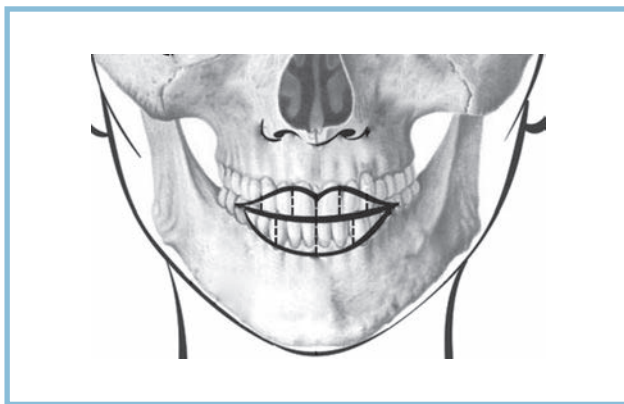


Рис. 5. Вертикальные линии — проекция измерений толщины верхней и нижней губы.

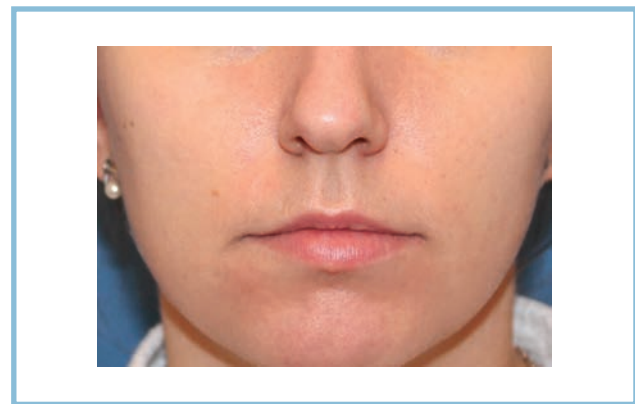


Рис. 6. Дефицитная верхняя губа.

Контур верхней губы — это условная линия, которая отделяет красную кайму от кожной части верхней губы. Выделяют три основных типа контура: это прямой контур, или М-форма верхней губы (губы «бантиком») (**рис. 8а**); округлый контур, или О-форма («парижские» губы) (**рис. 8б**); вогнутый контур («губы Купидона») (**рис. 8в**).

С целью омоложения и/или эстетической коррекции губ наиболее часто применяется операция булхорн [9]. Показаниями к изолированному выполнению операции булхорн являются: удлиненная кожная часть верхней губы, подворачивание красной каймы, отсутствие визуализации верхних резцов при мимике, асимметрия кожной части верхней губы [10, 20]. Важно понимать, что при выполнении операции булхорн изолированно поднимается только та часть губы, которая находится в проекции основания носа, поэтому при широкой губе и узком основании носа необходимо совмещать методики булхорн и корнер-лифт [21].

УУ-пластика губ применяется для увеличения объема красной каймы при дефицитной и тонкой

губе, а также с целью устранения асимметрии объема губ или при необходимости изменить их форму [11–13].

При опущении углов рта, их асимметрии, дефицитной верхней губе или в случае маленьких губ (комиссуры внутри медиального края лимба) выполняется операция по подтяжке углов рта, или корнер-лифт [14–16].

У всех пациентов перед операцией определялись показания к проведению хейлопластики.

При нескольких имеющихся эстетических недостатках выполнялось совмещение методик хейлопластики между собой по разработанному алгоритму (**рис. 9**).

Операция корнер-лифт

Предоперационная разметка

Разметка при операции корнер-лифт может быть в виде треугольника (**рис. 10а**) либо в виде ромба (**рис. 10б**), что зависит от исходного расположения углов рта и необходимой степени их подъема. Ниж-



Рис. 7. Классификация губ по толщине.

а — очень тонкие губы; б — тонкие губы; в — средние по толщине губы; г — толстые губы; д — очень толстые губы.

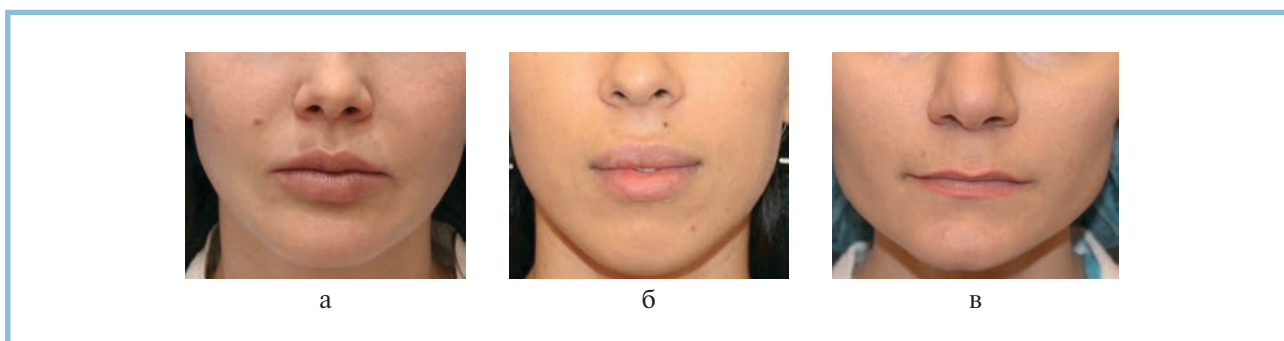


Рис. 8. Форма контура верхней губы.

а — М-форма; б — О-форма; в — вогнутый контур.

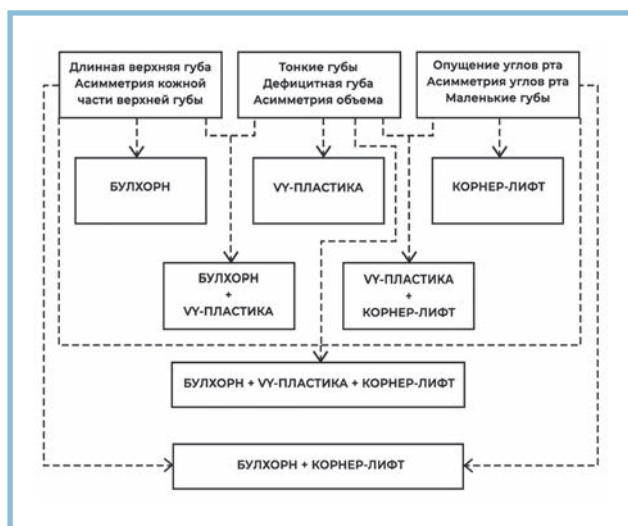


Рис. 9. Алгоритм хирургической коррекции губ.

няя линия разметки при операции корнер-лифт наносится строго по границе красной каймы верхней губы и ее кожной части. Ее длина зависит от того, насколько необходимо поднять угол рта, и от степени дефицита красной каймы. В области уголка рта разметка под углом (90—110°) поднимается вверх на расстояние не более 0,5—0,7 см. Затем два конца разметки соединяются линией, образуя фигуры треугольника или ромба. Разметка наносится с учетом имеющейся асимметрии.

Ход операции

Выполняется инфильтрация области оперативного вмешательства раствором местного анестетика. По линиям предоперационной разметки проводится иссечение фрагмента кожи. Далее накладывается узловый шов между комиссурой и верхним краем разреза глубоко подкожно рассасывающейся нитью.

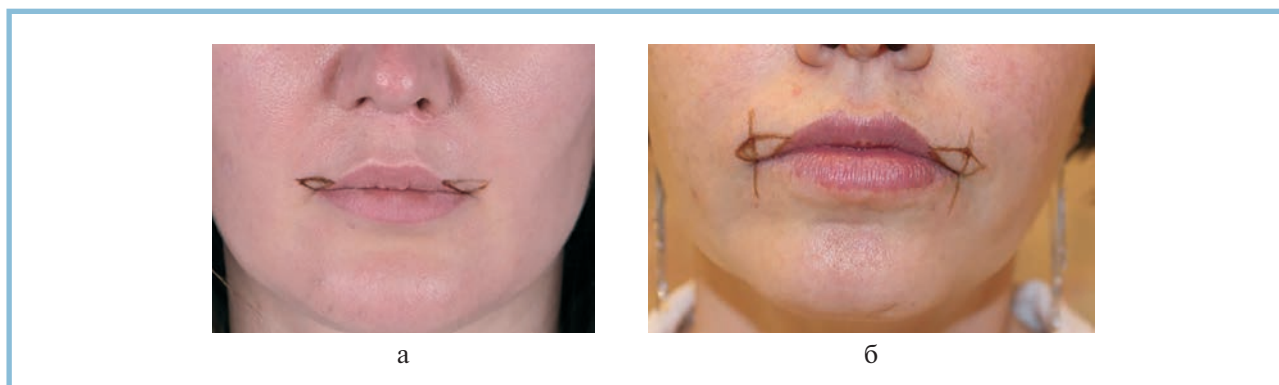


Рис. 10. Разметка для операции корнер-лифт.

а — в виде треугольника; б — в виде ромба.

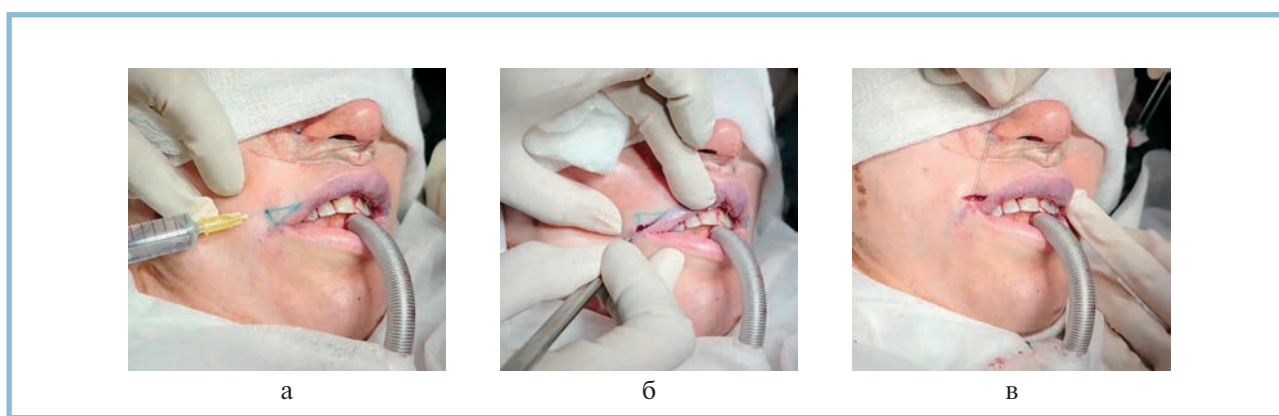


Рис. 11. Этапы операции корнер-лифт.

а — введение местного анестетика; б — линия разреза; в — накладывание первого узлового шва между комиссурой и верхней линией разреза.

Затем субдермально осуществляется сопоставление краев раны непрерывным швом рассасывающейся нитью. Далее накладывается непрерывный обвивной шов на кожу нерассасывающейся нитью (рис. 11).

УУ-пластика

Предоперационная разметка

Разметка при УУ-пластике выполняется в положении пациента лежа на операционном столе. Вначале маркируется точка по центру контура красной каймы верхней губы. Отступив от нее, откладываем по три точки в каждую сторону на расстоянии 8—10 мм друг от друга, тем самым формируем основание V-разреза. Эти точки переносим на влажную линию губ и маркируем через одну три симметричных будущих V-разреза с вершиной к переходной складке, не доходя до нее 5—7 мм. Ширина разрезов должна быть равна их высоте (рис. 12).

Операция

Вводится раствор местного анестетика в количестве не менее 10—15 мл, так как слизистая оболоч-



Рис. 12. Этапы нанесения разметки при УУ-пластике.

ка очень подвижная. Важно вводить анестетик между мышцей и слизистой, при этом проколы инъекционной иглой выполнять по линиям разметки, чтобы не травмировать будущий отслоенный лоскут. После разреза слизистой выполняется отслойка слизисто-подслизистого слоя вверх до контура красной каймы, вниз до переходной складки и в стороны. После отслойки лоскутов слизисто-подслизистого слоя сшиваем V-разрезы в У, накладывая пер-

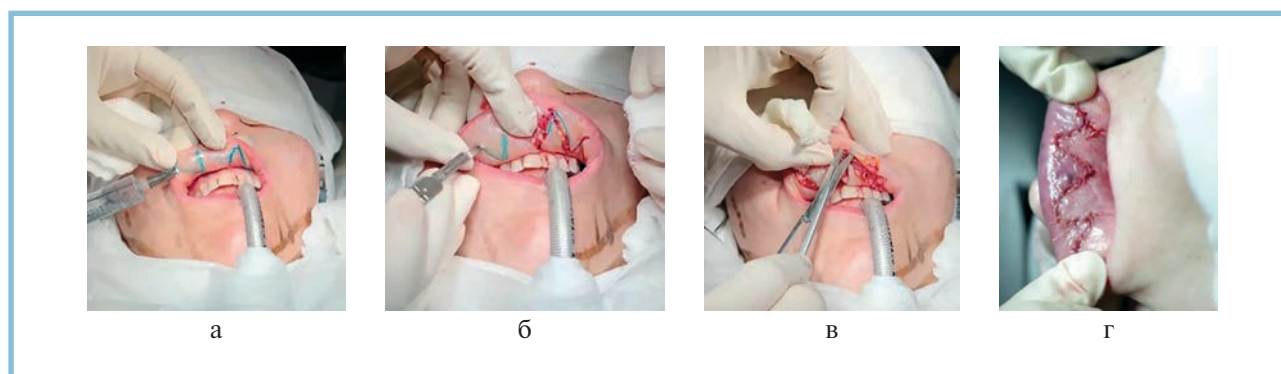


Рис. 13. Этапы операции VY-пластика.

а — введение раствора местного анестетика; б — разрез слизистой-подслизистого слоя; в — отслойка лоскута; г — ушивание п/о ран в виде Y.

вый узловый шов у вершины V. Швов может быть от 1 до 3 на каждом V-разрезе. Чем больше швов, тем больше объем. Количеством швов можно регулировать желаемый объем верхней губы по краям или по центру либо корригировать асимметрию. Швы накладываются нитью кетгут 5-0 или викрил рапид 5-0. Для достижения симметрии ушивание лоскутов V в Y выполняется с разной степенью выраженности (рис. 13).

Операции булхорн выполнялись в технике, описанной в статье «Особенности планирования и техники операции булхорн» [10].

Результаты

Результаты оценивались за период от 4 мес до 9 лет. В большинстве случаев изолированное использование какой-либо методики хейлопластики без правильной оценки губ и периоральной области не помогало добиться желаемого результата и требовалось сочетание различных методик хирургической коррекции. Так, например, из 244 пациентов, которым была изолированно выполнена операция булхорн, 52 (21,3%) пациентки не были удовлетворены эстетическим видом губ после операции, что потребовало выполнения дополнительной хирургической коррекции в виде VY-пластики верхней губы и/или операции корнер-лифт. После выполнения изолированной VY-пластики у 23 (15,3%) пациентов из 150 не было достигнуто достаточного увеличения объема красной каймы, так как следует принимать во внимание толщину слизистой оболочки губы: как правило, она более плотная у пациентов в возрасте от 18 до 35 лет, но с течением времени ее толщина уменьшается в связи с атрофическими изменениями тканей [11]. Также изолированное выполнение VY-пластики верхней губы в некоторых случаях приводило к чрезмерному прикрыванию верхних передних резцов [17], что требовало дополнительного выполнения операции булхорн вторым этапом.

Верно подобранная разметка и сочетание методик хейлопластики обеспечили получение желаемого результата. Спустя 6 мес у 97% прооперированных пациентов пропорции нижней трети лица практически приблизились к идеальным, что было доказано при помощи дооперационных и послеоперационных измерений. Отмечались удовлетворительная форма верхней и/или нижней губы, визуализация верхних резцов при мимике, устранение асимметрии кожной части и объема губ, симметризация и поднятие углов рта.

На рис. 14—16 представлены клинические наблюдения.

Обсуждение

Существует общепризнанное определение красивых губ. Описаны правильные пропорции губ не только относительно друг друга, но и относительно лица в целом [6].

В настоящее время в отечественной литературе оценка и классификация губ с эстетической точки зрения наиболее полно представлена в книге Е.И. Губановой «Губы. Формы и старение. Эстетический атлас» [8].

Атрофия красной каймы нарушает гармонию лица и может привести к визуальному увеличению кончика носа и/или нижней челюсти. Эти изменения являются признаком старения лица. Некоторые авторы предлагают создавать «идеальные губы», вводя только филлер в определенные зоны [9]. Однако данная методика не позволяет сокращать длинное расстояние между носом и верхней губой, адекватно поднимать углы рта.

Длинная верхняя губа с недостаточным объемом красной каймы усиливает возрастные изменения лица [18]. Предлагают восполнять объем губ и периоральной зоны при помощи микролипофилига с одномоментным укорочением кожной части верхней губы. Оценивая результаты приведенных работ, мож-

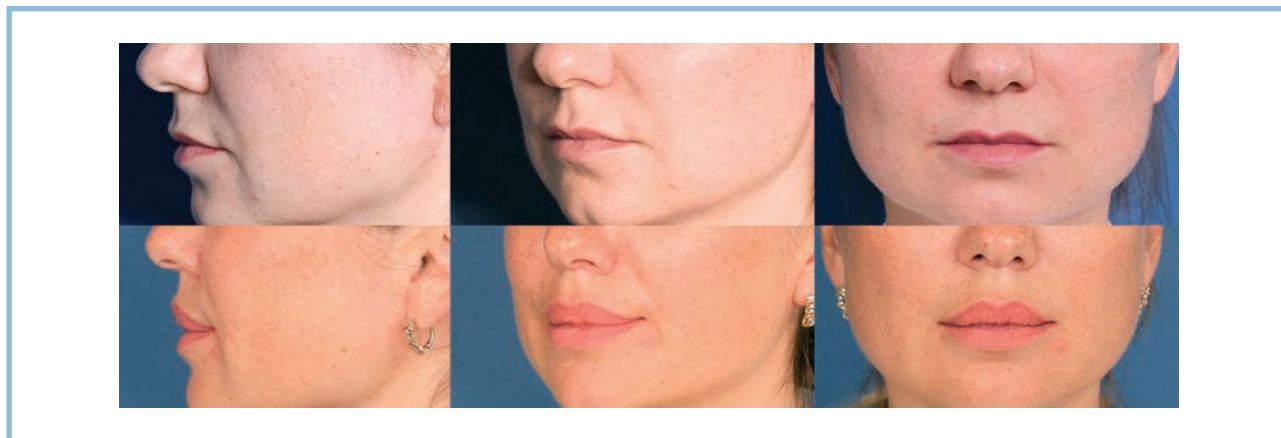


Рис. 14. Пациентка 35 лет. Оперативное вмешательство в объеме: булхорн, VY-пластика губ, корнер-лифт. Вверху — до операции, внизу — через 4 года после операции.

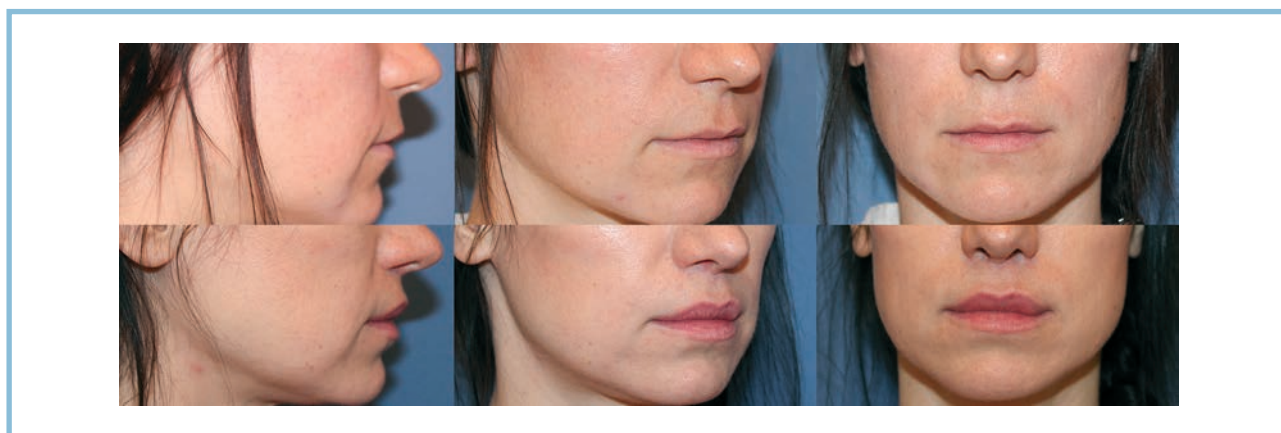


Рис. 15. Пациентка 30 лет. Оперативное вмешательство в объеме: булхорн, VY-пластика верхней губы. До и через 1 год после операции.

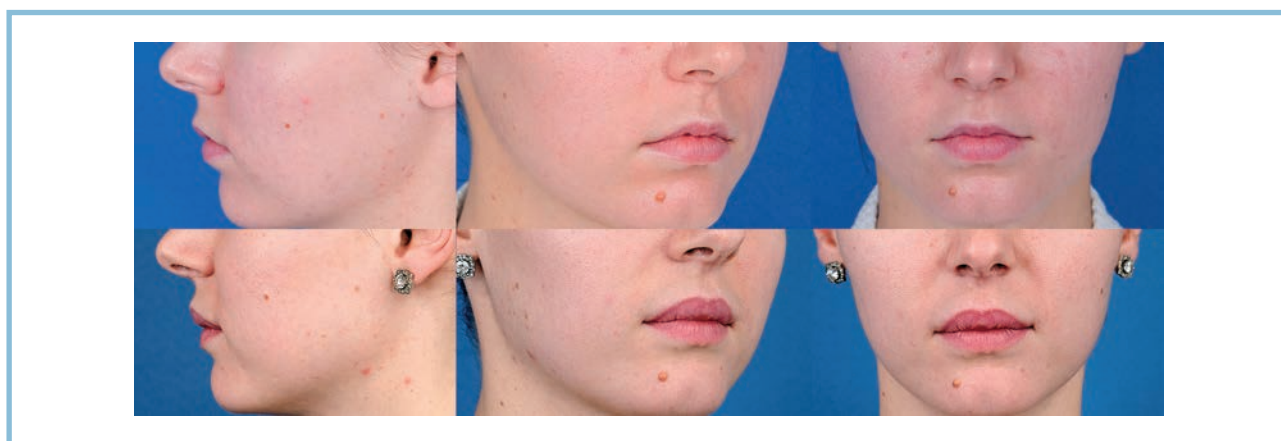


Рис. 16. Пациентка 38 лет. Оперативное вмешательство в объеме: корнер-лифт, VY-пластика верхней губы. Вверху — до операции, внизу — через 2 года после операции.

но сделать вывод, что результат восполнения объема, особенно при дефицитной верхней губе, незначительный.

Планируя хирургическую коррекцию, необходимо обращать внимание не только на отдельные анатомические зоны в области губ; следует, проанализи-

зировав параметры лица пациента [19], выполнять комплексную операцию, с учетом всех имеющихся эстетических недостатков: в результате удастся создать красивые губы, гармонизировав их между собой, и получить абсолютную эстетику в нижней части лица.

Заключение

Восстановить идеальные пропорции нижней трети лица можно при помощи различных методик хейлопластики, используемых одномоментно. Грамотное определение исходной эстетической деформации губ позволяет правильно выбрать методику хейло-

пластики, а при необходимости выполнять сочетание нескольких видов хирургического вмешательства на губах для воссоздания идеальных пропорций лица и получения гармоничного результата.

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

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Radlanski RJ, Wesker KH. *The face Pictorial atlas of clinical anatomy*. Chicago: Quintessence Publishing; 2012;366.
2. Haworth RD. Customizing Perioral Enhancement to Obtain Ideal Lip Aesthetics: Combining Both Lip Voluming and Reshaping Procedures by Means of an Algorithmic Approach. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2004;113(7):2182-2193. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000122546.90916.b4>
3. Swift A, Remington K. Beautification: A Global Approach to Facial Beauty. *Clinics in Plastic Surgery*. 2011;38(3):347-377. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2011.03.012>
4. Penna V, Fricke A, Iblher N, Eisenhardt SU, Stark GB. The attractive lip: A photomorphometric analysis. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2015;68(7):920-929. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2015.03.013>
5. Sarnoff DS, Gotkin RH. Six steps to the "perfect" lip. *Journal of Drugs in Dermatology*. 2012;11(9):1081-1088.
6. Jeong TK, Kim YM, Min KH. Classification of Mouth Corners in Asian Women. *Plastic and Reconstructive Surgery — Global Open*. 2020;8(2):e2608. PMID: 32309070; PMCID: PMC7159957. <https://doi.org/10.1097/gox.0000000000002608>
7. Penna V, Stark GB, Voigt M, Mehlhorn A, Iblher N. Classification of the Aging Lips: A Foundation for an Integrated Approach to Perioral Rejuvenation. *Aesthetic Plastic Surgery*. 2014;39(1):1-7. <https://doi.org/10.1007/s00266-014-0415-2>
8. Губанова Е.И. *Губы. Формы и старение. Эстетический атлас*. М.: Валлекс М; 2009:84. Gubanova EI. *Guby. Formy i starenie. Esteticheskij atlas*. M.: Valleks M; 2009:84. (In Russ.).
9. Jacono AA. A New Classification of Lip Zones to Customize Injectable Lip Augmentation. *Archives of Facial Plastic Surgery*. 2008;10(1):25-29. <https://doi.org/10.1001/archfaci.10.1.25>
10. Кочнева И.С., Бурлова М.Г., Кorableва Н.П., Грещкова Е.Е. Особенности планирования и техники операции булхорн. *Пластическая хирургия и эстетическая медицина*. 2023;4:14-22. Kochneva IS, Burlova MG, Korableva NP, Gretsikova EE. Planning and technique of bullhorn surgery. *Plastic Surgery and Aesthetic Medicine*. 2023;4:14-22. (In Russ., In Engl.). <https://doi.org/10.17116/plast.hirurgia202304114>
11. Alarbeed S, Jafo MH. Analysis of upper lip appearance after surgical lip augmentation procedure «VY in VY»: Progress of results. *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery*. 2021;123(2):248-256. <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2021.03.007>
12. Mutaf M. V-Y in V-Y Procedure. *Annals of Plastic Surgery*. 2006;56(6):605-608. <https://doi.org/10.1097/01.sap.0000205774.40210.58>
13. Obradovic B, Obradovic M. Triple V-Y Vermilion Augmentation of the Upper Lip. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2015;26(8):e736-e738. <https://doi.org/10.1097/scs.0000000000002246>
14. Van der Sluis N, Gülbitti HA, van Dongen JA, van der Lei B. Lifting the Mouth Corner: A Systematic Review of Techniques, Clinical Outcomes, and Patient Satisfaction. *Aesthetic Surgery Journal*. 2022;42(8):833-841. <https://doi.org/10.1093/asj/sjac077>
15. Jeong TK. Surgical Method of a Corner Mouth Lift. *Plastic and Reconstructive Surgery — Global Open*. 2020;8(2):e2653. PMID: 32309096; PMCID: PMC7159959. <https://doi.org/10.1097/gox.0000000000002653>
16. Clevens RA, Khelemsky R, Sayal NR. The Corner of Lip Lift Technique. *Facial Plastic Surgery & Aesthetic Medicine*. 2020 Apr 06. Epub ahead of print. PMID: 32250643. <https://doi.org/10.1089/fpsam.2020.0072>
17. Jacono AA, Quatela VC. Quantitative Analysis of Lip Appearance After V-Y Lip Augmentation. *Archives of Facial Plastic Surgery*. 2004;6(3):172. <https://doi.org/10.1001/archfaci.6.3.172>
18. Tonnard PL, Verpaele AM, Ramaut LE, Blondeel PN. Aging of the Upper Lip. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2019;143(5):1333-1342. <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000005589>
19. Cornette de Saint Cyr B, Prevot H. Lifting de la lèvre supérieure [Upper lip lift]. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. 2017;62(5):482-487. Epub 2017 Sept 04. PMID: 28882476. (In French). <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2017.07.015>
20. Кочнева И.С., Левицкая М.Г., Саруханов Г.М. Омоложение и хирургическая коррекция губ и окolorотовой области. *Эстетическая медицина*. 2015;14(4):3-11. Kochneva IS, Levitskaya MG, Sarukhanov GM. Omolozhenie i khirurgicheskaya korrektsiya gub i okolorotovoivoi oblasti. *Esteticheskaya khirurgiya*. 2015;14(4):3-11. (In Russ.).
21. Talei B, Pearlman SJ. CUPID Lip Lift: Advanced Lip Design Using the Deep Plane Upper Lip Lift and Simplified Corner Lift. *Aesthetic Surgery Journal*. 2022;42(12):1357-1373. <https://doi.org/10.1093/asj/sjac126>

Поступила 12.09.2023

Received 12.09.2023

Принята к печати 16.10.2023

Accepted 16.10.2023