

---

# ЕВОЛЮЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ВІКОВИХ ЗМІН ВЕРХНЬОЇ ЧАСТИНИ ОБЛИЧЧЯ

---

Ткач О. С.<sup>1,2</sup>,  
Козинець Г. П.<sup>1</sup>,  
Пінчук В. Д.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Національна медична  
академія післядипломної  
освіти імені П. Л. Шупіка.  
Київ, Україна.

<sup>2</sup>Київський міський центр  
пластичної мікрохірургії  
та естетичної медицини  
«ЦЕРТУС».  
Київ, Україна.

Історія ліфтингу верхньої частини обличчя починається з початку минулого століття. Коли в 1919 році R. Passot описав свою методику підтяжки брів у вигляді висічення смужок шкіри у верхній частині чола [29].

H. Hunt у 1926 році презентував свою техніку відкритого коронарного ліфтингу з доступом по передній лінії росту волосся. Також він робив вертикальний розріз у міжбрівній ділянці при виражених складках [15].

R. Passot у 1930 році описав техніку підтяжки брів шляхом висічення смужок шкіри безпосередньо по верхньому краю брови [29].

A. Noel у 1926 та J. Joseph у 1931 роках опублікували методики підтяжки верхньої третини обличчя, які вони рутинно використовували в той час [25,18]. E. Lexer у 1931 році в свою чергу описав техніку підтяжки обличчя й чола, хоча є дані, що першу підтяжку обличчя він зробив у 1906 році [20].

S. Claoue у 1931 році ілюстрував розширену ритидектомію при якій він робив підшкірну дисекцію чола й нижніх 2/3 обличчя, включаючи шию [8].

S. Fomon у 1939 році запропонував відокремлення шкіри чола через поперечний розріз сухожильного шолома, також він пересікав окістя [12].

Наступні 20 років підтяжка чола виконувалась як стандартна процедура при корекції вікових змін обличчя. При цьому за даними літератури зустрічаються лише невеликі удосконалення. Мабуть це обумовлено випробуванням описаних на той час методик і спостереженнями за результатами. У всіх вищезгаданих методиках немає ніякого натяку на маніпуляції з м'язами лобної й міжбрівної області таких як міотомії, міорезекції й/або денервації (хімічні або хірургічні).

Після 1950 року стандартний ліфтинг чола зазнав ряду змін, тому що не давав стабільних довгострокових результатів. Об'єктом уваги стали м'язи лобної й міжбрівної ділянок, які на думку багатьох хірургів призводили до рецидиву птозу й вікових змін верхньої третини обличчя [28].

H. Vames у 1957 році запропонував робити насічки на лобних м'язах [5].

Цікавим є той факт що E. Eitner ще у 1935 році робив розрізи лобних м'язів, але на той момент цьому не надавали великого значення [10].

У 1962 році M. Gonzalez-Ulloa описав методику «кругової» підтяжки обличчя, яка полягала у одномоментній підтяжці чола та нижніх 2/3 обличчя й шиї. Він робив коронарний розтин шкіри голови, який з'єднував із розтинами перед вушними раковинами [13].

H. Marino and E. Gandolfo в 1964 році прийшли до висновку, що всі попередні невдачі були пов'язані з активністю лобних м'язів, які залишалися інтактними. Для поліпшення результатів вони описали методику маніпуляцій з лобними м'язами й м'язами, що зморщують брови [21]. O. Morel-Fatio робив часткове висічення лобних м'язів у 1964 році [24]. A. J. Uchida у 1965 описав свою техніку корекції при гіперактивності лобних м'язів [35].

S. Castanares у 1964 році запропонував перетинати лобову гілку лицьового нерва для денервації лобних м'язів, тим самим поліпшуючи стабільність результатів [6]. Однак ця методика не отримала широкого розповсюдження, тому що вона призводила до неминучого птозу брів. У той же час були спроби робити ін'єкції 80 % алкоголю для перманентної хімічної денервації лобової гілки лицьового нерва [28].

J. Vinas у 1965 році на підставі аналізу використання методик підтяжки чола, обґрунтував причини їх незадовільних результатів. По-перше, м'язово-апоневротичний шар, що не розтягується, у фронто-темпоральній ділянці міцно спаяний зі шкірою і кістками черепа. Без розділення місць з'єднання

окістя та фасціальних листків в скроневих ділянках (*linea temporalis*), латеральна частина брови не може бути добре підтягнута. По-друге, м'які тканини фіксовані по верхньому краю орбіти. Доки це зрошення не буде зруйновано, натяг догори не дасть стабільного підняття брів. Він також виділяв 2 типи зморшок: транзиторні зморшки, які з'являються при мимічних рухах і зникають коли м'язи розслаблюються або коли натягується шкіра. А також постійні зморшки, які є в спокої й можуть бути скоректовані тільки шляхом шкірної дермабразії. Також він усвідомлював той факт, що стабільне підняття латеральної частини брови, а також корекція області гусячих лапок можлива за умови маніпуляцій в періорбітальній ділянці. Він висікав смужку глибокого м'язево-апоневротичного шару у верхній частині чола, також продовжуючи розрізи в латеральному напрямку й звільняючи брову в області верхнього краю орбіти шляхом руйнування зрошень між м'язовими тканинами й орбітальними дугами [37].

J. Vinas був одним з перших хто почав використовувати модифіковані коронарні розрізи в залежності від висоти чола. Приблизно в 20 % випадків його розрізи походили по лінії росту волосся. Також він широко використовував техніку висічення шкіри безпосередньо над бровами у вигляді «крила метелика», для підняття низько опущених брів та корекції «гусячих лапок» [37].

P. Regnault у 1972 році презентувала свій підхід до корекції вікових змін обличчя. Він полягав у субапоневротичній дисекції тканин чола до рівня надбрівних дуг і області гусячих лапок, з послаблюючими надрізами сухожильного шолома для кращої тракції, в поєднанні з підшкірною підтяжкою обличчя, із збереженням нервово-судинних пучків в темпоральних ділянках [32].

V. Кае у 1976 році запропонував модифікувати методику J. Vinas. Він використовував субапоневротичну дисекцію, видаляв ділянки м'язів, що зморщують брови й смужку лобного м'яза у верхній частині чола. Автор зробив декілька висновків: вікові пацієнти з наявним птозом чола та брів найчастіше мають надлишки шкіри в ділянці верхніх повік. Іноді буває складно досягти бажаного результату завдяки ізольованій блефаропластиці. У молодих пацієнтів нависаюча шкіра в ділянці верхніх повік найчастіше пов'язана із вродженим низьким положенням брів. Тому у молодих пацієнтів проблема може бути вирішена підтяжкою брів без верхньої блефаропластики. Тому дуже важливо оцінювати взаємовідношення положення брів і верхніх повік [28].

I. Pitanguy (1979, 1981) сформулював об'єднаний підхід до вирішення задач підняття брів та омолодження верхніх повік шляхом широкого розділення періорбітальних зрошень, резекції м'язів, що зморщують брови та м'язу гордіїв а також ділянок лобних м'язів [31]. До того ж він додав нову задачу – ротацію кінчика носа догори шляхом розділення шкіряно-хрящової зв'язки. Цей підхід до сьогодення використовується багатьма хірургами.

У 1979 році P. Tessier запропонував новий рівень дисекції ділянки чола – під окістям, назвавши його ліфтингом маски (*mask lift*) [34]. На сьогоднішній день це найпопулярніший рівень дисекції при втручаннях на верхній частині обличчя.

J. Owsley у 1982 році акцентував увагу на важливості розділення фасціальних зв'язок сухожильного шолому в ділянці верхніх країв орбіт. Він робив втручання на м'язах міжбрівної ділянки та висікав ділянку лобних м'язів поміж гілочок супраорбітальних нервів. В кінці операції рана зашивалася без натягу [26].

Для оперативних втручань тих часів у ділянці верхньої частини обличчя характерним була досить велика кількість післяопераційних ускладнень. Так за даними P. Adamson, опублікованими у 1985 році, частота ускладнень складала: випадіння волосся – 33 % (тимчасове), 8 % (постійне); помітні, широкі рубці – 32 %; неприємні відчуття або болі в ділянці рубців – 18 % (тимчасові), 10 % (постійні); зниження або втрата чутливості шкіри голови – 16 % (тимчасова), 8 % (постійна) [4].

C. Su та J. Papillon на початку 80-х широко використовували підшкірну дисекцію ділянки чола через доступ по передній лінії росту волосся [33,30]. А у 1989 році S. Wolfe та W. Baird опублікували свій досвід у підшкірному ліфтингу верхньої частини обличчя, який свідчив про відсутність будь-яких специфічних ускладнень цих операцій [38].

V. Connell опублікував власну методику коронарного ліфтинга брів у 1989 році, в якій покращення результатів досягалося шляхом втручання на м'язах міжбрівної ділянки, точним плануванням розрізів, бережливим відношенням до тканин та прецизійним співставленням країв рани [9].

M. Paul у 1989 році презентував транспальпебральну підтяжку брів [27]. Він видаляв полоску гіпертрофованого кругового м'яза ока разом із суборбікулярним жиром та підвішував верхню орбітальну порцію кругового м'яза ока до верхнього краю орбіти із стабілізацією брови.

R. Flowers у 1991 році підкреслив важливість підтяжки брів у корекції вікових змін верхньої частини обличчя [11]. Він комбінував блефаропластику із коронарним ліфтингом брів, для зменшення вірогідності виникнення деформації верхніх повік пов'язаних із надлишковим видаленням шкіри. Також були рекомендовані нові покази для втручання в ділянці верхньої частини обличчя: зміни в періорбітальних ділянках та контурування надбрівних дуг.

P. McKinney у 1991 році розробив критерії для ліфтингу верхньої частини обличчя, за якими кандидатами для підтяжки брів були пацієнти у яких відстань від середини зіниці до нижнього краю брови була менше 2,5 см [22].

У 1992 році L. Vasconez та N. Isse вперше повідомили про застосування ендоскопу для підтяжки тканин ділянки чола та брів на щорічному з'їзді американських пластичних хірургів [36,16]. А першим хто це опублікував був A. Chajchir у 1993 році [7]. Преваги ендоскопічного ліфтингу – малі розрізи шкіри, прецизійне виділення нервів та судин, збереження чутливості та волосся. При цьому надлишки шкіри які утворюються не видаляються, а перерозподіляються. Популяризація ендоскопічної підтяжки призвела до того, що тільки у США до 1998 року було зроблено більш ніж 20 тисяч ендоскопічних операцій в ділянці чола [2]. На даний час ендоскопічна підтяжка верхньої частини обличчя стала золотим стандартом в арсеналі естетичної хірургії.

Мінімізувати негативні наслідки коронарних розрізів при традиційному ліфтингу верхньої частини обличчя, замінюючи їх на більш короткі, але без застосування ендоскопу пропонували багато авторів у різні часи. Найбільш популярною за рахунок простоти залишається операція запропонована в 1996 році D. Knize [19]. Через невеликі розрізи у темпоральних ділянках виконується дисекція тканин між поверхневим та глибоким листками скроневої фасції. А через розрізи в ділянці верхніх повік виконується міорезекція м'язів міжбрівної ділянки. Позитивними моментами цієї техніки є: мінімальні розрізи шкіри та прямий доступ до м'язів депресорів брів. Недоліками є: неможливість підтягнути центральну частину лоба, ризик пошкодження чутливих нервів у супраорбітальній ділянці.

Для підшкірної підтяжки латеральної частини брови використовується операція запропонована у 2000 році T. Miller [23]. При цій операції розріз шкіри виконується у лобно-скроневої ділянці по лінії росту волосся, виконується підшкірна дисекція до рівня хвоста брови. Підтяжка брів відбувається за рахунок видалення надлишку шкіри. Позитивними моментами є: легкість та швидкість виконання, місцеве знеболення, короткий реабілітаційний період. Недоліками є: помітні післяопераційні рубці, можливість підтяжки тільки латеральної частини брови, операція проводиться в «сліпу», що може призводити до пошкодження судин та нервів, недовготривалі результати.

В кінці 90-х років ХХ століття з'явилися повідомлення про застосування спеціальних ниток для підтяжки тканин, які вводили під шкіру без розрізів. Дуже популярні свого часу були так звані «золоті нитки». Перші повідомлення в основному стосувалися клінічного ефекту імплантації золотих ниток. Механізм впливу на тканини при цьому до кінця не був розкритий [1].

Так в експериментах були вивчені реакції тканин на імплантацію «золотих» ниток, полімерних ниток, що не розсмоктуються та сітчастих ендопротезів, які використовували для герніопластики. Порівняльна оцінка гістологічної картини тканин виявила, що ефект омолодження відбувається за рахунок локального посилення кровопостачання в зоні армування, активації репаративних процесів та колагеноутворення [1].

Більш широкого застосування набули так звані філамент-ліфтинги за допомогою ниток «АРТОС», які були запропоновані у 1998 році та використовувалися як альтернатива хірургії. Нитки «АРТОС» – хірургічний шовний матеріал, який складається із поліпропілену, і має на своїй поверхні зубці, що зачіпляються за тканини. Лікування вікових змін обличчя методом ниткового ліфтингу поєднує в собі елементи хірургічної корекції птозу та естетичну процедуру локального омолодження шкіри. При аналізі морфологічних змін у тканинах при імплантації ниток «АРТОС» виявлено збільшення площі судинного русла та локальне покращення процесів оксигенації й трофіки тканин [3].

На кінець минулого століття також припадає початок використання ботулінічного токсину типу А для збільшення висоти положення брів [14]. Той факт, що послаблення функції м'язів депресорів брів сприяє їх підняттю, був відкритий значно раніше, але на той час на це не звертали уваги. Методика проста у виконанні та має мінімальну кількість ускладнень. Однак за рахунок «хімічного ліфтингу» можливо підняти брови лише на незначну висоту 1–2 мм., до того ж цей ефект є тимчасовим (до 6 місяців).

## ВИСНОВКИ

Питання вибору методу корекції вікових змін верхньої частини обличчя дуже актуальне в даний час. Аналіз літератури показав, що нема універсальних методів лікування вікових змін обличчя. Це відображається в постійній еволюції хірургічних методик, яка продовжується і сьогодні. Також підсумовуючи вище згадане, можна відстежити тенденцію від більш радикальних до менш інвазивних методів омолодження обличчя. В зв'язку з цим проблема лікування естетичних деформацій верхньої частини обличчя є актуальною і потребує вирішення на сучасному рівні, шляхом удосконалення існуючих та запровадження нових методів оперативних втручань.

1. Елютина М. В. Армирование кожи лиц и шеи отечественными специальными (золотыми нитями «Супрадерм» / М. В. Елютина // *Анналы пласт., реконструктив. и эстетической хирургии.* – 2002. – С. 70.
2. Нудельман С. В. Эндоскопический лифтинг – новая философия эстетической хирургии лица / С. В. Нудельман, Н. А. Голубков // *Анналы пласт., реконстр. и эстет. хирургии.* – 1998. – № 3-4. – С 55-60.
3. Суламанидзе М. А. Лифтинг мягких тканей средней зоны лица: старая философия, новый подход – метод внутреннего прошивания / М. А. Суламанидзе, Г. М. Суламанидзе // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2005. – № 1. – С. 15-29.
4. Adamson P. A. The forehead lift: A review / P. A. Adamson, C. M. Johnson, J. R. Anderson [et. al.] // *Arch. Otolaryngol.* – 1985. – Vol. 111, P. 325.
5. Bames H. O. Frown disfigurement and ptosis of eyebrows / H. O. Bames // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1957. – Vol. 19, P. 337.
6. Castanares S. Forehead wrinkles, glabellar frown and ptosis of eyebrows / S. Castanares // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1964. – Vol. 34, P. 406.
7. Chajchir A. Endoscopia en Cirugia Plastica y Estetica // *El Libro de Oro en Homenaje al Doctor Carlos Reussi / Eds. L. J. G. Montaner, E. H. Hoyo, R. Altmanet al.]* // – Buenos Aires: Asociacion Medica Argentina. – 1993. – P. 74

## ЛІТЕРАТУРА

8. Claoue C. La ridectomie cervico-faciale par accrochage pariéto-temporo-occipital et resection cutanee / C. Claoue // Bull. Acad. Med. (Paris). – 1933. – Vol. 109, P. 257.
9. Connell B. F. The forehead lift: Techniques to avoid complications and produce optimal results / B. F. Connell, V. S. Lambros, G. H. Neurohr // Aesth. Plast. Surg. – 1989. – Vol. 13, P. 217.
10. Eitner E. Weitere Mitteilungen uber kosmetische Faltenoperationen im Gesicht / E. Eitner // Wien. Med. Wochenschr. – 1935. – Vol. 85, P. 244.
11. Flowers R. S. Periorbital aesthetic surgery for men: Eyelids and related structures / R. S. Flowers // Clin. Plast. Surg. -1991. – Vol.18, P. 689.
12. Fomon S. Surgery of Injury and Plastic Repair / S. Fomon // Baltimore: Williams & Wilkins. – 1939.
13. Gonzales-Ulloa M. Facial wrinkles: Integral elimination / M. Gonzales-Ulloa // Plast. Reconstr. Surg. – 1962. – Vol. 29, P. 658.
14. Huilgol S. C. Raising eyebrows with botulinum toxin / S. C. Huilgol, A. Carruthers, J. Carruthers // Dermatol. Surg. – 1999. – Vol. 25, P. 373-375.
15. Hunt H. L. Plastic Surgery of the Head, Face, and Neck / H. L. Hunt // Philadelphia: Lea & Febiger. – 1926.
16. Isse N. G. Endoscopic forehead lift / N. G. Isse // Presented at the Annual Meeting of the Los Angeles County Society of Plastic Surgeons. – Los Angeles, September- 1992.
17. Igor Niechajev Transpalpebral Browpexy Plast. Reconstr. Surg. – 2003. – Vol. 113, № 7. – P. 2172-2180.
18. Joseph J. Nasenplastik und sonstige Gesichtplastik nebst einen Anhang uber Mammoplastik / J. Joseph // Leipzig: Kabitzch. – 1931. – P. 507–509.
19. Knize D. M. Limited-incision forehead lift for eyebrow elevation to enhance upper blepharoplasty / D. M. Knize // Plast. Reconstr. Surg. – 1996. – Vol. 97, P. 1334.
20. Lexer E. Die Gesamte Wiederherstellungs-Chirurgie / E. Lexer // Leipzig: Jahann Ambrosius Barth. – 1931. – Vol. 1.
21. Marino H. Treatment of forehead wrinkles / H. Marino, E. Gandolfo // Prensa Med. Argent. -1964. – Vol. 51, P. 1368.
22. McKinney P. Criteria for the forehead lift / P. McKinney, R. D. Mossie, M. L. Zukowski // Aesth. Plast. Surg. – 1991. – Vol. 15, P. 141.
23. Miller T. Lateral subcutaneous brow lift and interbrow muscle resection: clinical experience and anatomic studies / T. Miller // Plast. Reconstr. Surg. – 2000. – Vol. 105, № 3. – P. 1120-1127.
24. Morel-Fatio O. Cosmetic surgery of the aging face/ O. Morel-Fatio // In T. Gibson (Ed.), Modern Trends in Plastic Surgery. Washington, D.C.: Butterworths. – 1964.
25. Noel A. La Chirurgie Esthetique et son Role Social / A. Noel // Paris: Masson. – 1926. – P. 62–66.
26. Owsley J. Q., Jr. Forehead lift (Letter) / J. Q. Owsley // Plast. Reconstr. Surg. – 1982. – Vol. 69, P. 1025.
27. Paul M. D. The surgical management of upper eyelid hooding / M. D. Paul // Aesth. Plast. Surg. – 1989. – Vol.13, P. 183.
28. Paul M. D. The Evolution of the Brow Lift in Aesthetic Plastic Surgery/ M. D. Paul // Plast. Reconstr. Surg. – 2001. – Vol. 108, № 5. – P. 1409-1424.
29. Passot R. La chururgie esthetique des rides du visage / R. Passot // Presse Med. -1919. – Vol. 27, P. 258.
30. Papillon J. A comparative analysis of forehead lift techniques / J. Papillon, C. Perras, B. Tirkanits // Presented at the Annual Meeting of the American Society for Aesthetic Plastic Surgery, Boston. – 1984.
31. Pitanguy I. Section of the frontalis-procerus-corrugator aponeurosis in the correction of frontal and glabellar wrinkles / I. Pitanguy// Ann. Plast. Surg. -1979. – Vol. 2, P. 422.
32. Regnault P. Complete face and forehead lifting, with double traction on «crow's feet» / P. Regnault // Plast. Reconstr. Surg. – 1972. – Vol. 49, P. 123.
33. Su C. T. Technique for division and suspension of the orbicularis oculi muscle /

- C. T. Su, R. F. Morgan [e t.el.] // Clin. Plast. Surg. – 1981. – Vol. 8, P. 673.
34. Tessier P. Face lifting and frontal rhytidectomy/ P. Tessier// Transactions of the Seventh International Congress of plastic reconstructive surgery. Ed. by J. F. Ely. – Rio de Janeiro: Cartgraf. – 1979. – P. 393-396.
35. Uchida J. I. A method of frontal rhytidectomy / J. I. Uchida // Plast. Reconstr. Surg. -1965. – Vol. 35, P. 218.
36. Vasconez L. O. Endoscopic forehead lift: Experience with 30 patients / L. O. Vasconez, G. Guzman-Stein, M. Gamboa et al.] // Plast. Surg. Forum-1993. – Vol. 16, P. 107.
37. Vinas J. C. Plan general de la ritidoplastia y zona tabu / J. C. Vinas // In Transactions of the 4th Brazilian Congress on Plastic Surgery, Porto Alegre, October. – 1965. – P. 32.
38. Wolfe S. A. The subcutaneous forehead lift / S. A. Wolfe, W. L. Baird // Plast. Reconstr. Surg. – 1989. – Vol. 83, P. 251.

### ЕВОЛЮЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ВІКОВИХ ЗМІН ВЕРХНЬОЇ ЧАСТИНИ ОБЛИЧЧЯ.

### РЕЗЮМЕ

**Ткач О.С.<sup>1,2</sup>, Козинец Г.П.<sup>1</sup>, Пінчук В.Д.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>*Національна медична академія  
післядипломної освіти імені П.Л.Шупіка.  
Київ, Україна.*

<sup>2</sup>*Київський міський центр пластичної мікрохірургії  
та естетичної медицини «ЦЕРТУС». Київ, Україна.*

Стаття висвітлює основні етапи розвитку хірургічної корекції вікових змін верхньої частини обличчя. Аналіз літератури показав, що нема універсальних методів лікування вікових змін обличчя. Це відображається в постійній еволюції хірургічних методик, яка продовжується і сьогодні. Також відстежується тенденція від більш радикальних до менш інвазивних методів омолодження обличчя. Проблема лікування естетичних деформацій верхньої частини обличчя є актуальною і потребує вирішення на сучасному рівні, шляхом удосконалення існуючих та запровадження нових методів оперативних втручань.

**Ключові слова:** вікові зміни, верхня частина обличчя, хірургічне лікування.

### ЭВОЛЮЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ ЛИЦА.

### РЕЗЮМЕ

**Ткач О. С., Козинец Г. П., Пинчук В. Д.**

Статья описывает основные этапы развития хирургической коррекции возрастных изменений верхней части лица. Анализ литературы показал, что нет универсальных методов лечения возрастных изменений лица. Это отображается в постоянной эволюции хирургических методик, которая продолжается и сегодня. Также отслеживается тенденция от более радикальных к менее инвазивным методам омоложения лица. Проблема лечения эстетических деформаций верхней части лица является актуальной и требует решения на современном уровне, путем усовершенствования существующих и введением новых методов оперативных вмешательств.

**Ключевые слова:** возрастные изменения, верхняя часть лица, хирургическое лечение.

**SUMMARY****THE EVOLUTION OF SURGICAL CORRECTION  
OF AGE CHANGES UPPER PART OF THE FACE**

**O. S. Tkach, G. P. Kozinec, V. D. Pinchuk.**

This article describes the main historical data of development surgical correction of age changes upper part of the face. Literature analysis showed that universal methods correction of age changes of the face not exists. Evolution of methods continues today. Tendency from more aggressive to less invasive methods are observed. Problem of treatment aesthetic deformation upper part of the face are actual. And need for possess a solution at modern level.

**Key words:** age changes, upper part of the face, surgical correction.